Aus dem Rheinischen Landeskrankenhaus Viersen
Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie
Direktor: Dr. med. Reinhard Mangliers

UNTERSUCHUNG ÜBER SELBSTMORDE UND SELBSTMORDVERSUCHE IN SECHS RHEINISCHEN LANDESKRANKENHÄUSERN IN DEN JAHREN 1965 BIS 1974

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Sabine Kunkel-Zevels

1979

Aus dem Rheinischen Landeskrankenhaus Viersen
Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie
Direktor: Dr. med. Reinhard Mangliers

UNTERSUCHUNG ÜBER SELBSTMORDE UND SELBSTMORDVERSUCHE IN SECHS RHEINISCHEN LANDESKRANKENHÄUSERN IN DEN JAHREN 1965 BIS 1974

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Sabine Kunkel-Zevels

1979

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

Der Dekan
gez. : Prof. Dr. med. Reinauer

I. Berichterstatter
gez.: Prof. Dr. med. M. Bergener

II. Berichterstatter
gez.: Prof. Dr. med. Haring

Druck und Einband: Rudolf Stehle GmbH & Co KG, Düsseldorf

Meinen Eltern gewidmet

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung und Aufgabenstellung

1. Die aktuelle Situation der suizidgefährdeten Patienten in den Landeskrankenhäusern des Landschaftsverbandes Rheinland. 1

2. Aufgabe und Ziel der Arbeit. 3

3. Methodik. 4

II. Statistische Ergebnisse 8

III. Diskussion 16

1. Wird eine größere Zahl der Suizidgefährdeten in psychiatrischen Landeskrankenhäusern behandelt, wäre also die höhere Suizidrate eine Folge des Selektionsprozesses? 17

2. Wird eine Einweisung in ein Landeskrankenhaus auch heute noch als diskriminierend empfunden,und hat eine langdauernde und häufige Behandlung schwerwiegende soziale Folgen ? 22

3. Tragen die therapeutischen Methoden bis zu einem gewissen Grade zu höheren Suizidraten bei ? 26

4. Was kann getan werden, um die Suizidalität in den Landeskrankenhäusern zu verringern? 33

IV. Zusammenfassung 37

V. Literaturverzeichnis 38

VI. Tabellen

I. Einleitung und Aufgabenstellung

1. Die aktuelle Situation der suizidgefährdeten Personen in den Landeskrankenhäusern des Landschaftsverbandes Rheinland.

Selbstmorde und Selbstmordversuche der Patienten sind von jeher ein grosses Problem für die Landeskrankenhäuser. Geschieht ein Suizid, stellt sich die Frage nach dem Warum. Man forscht nach der Motivation, nach persönlichem Verschulden und institutionellem Versagen. Das Verhältnis zwischen Psychiatrie und Öffentlichkeit wird durch die Suizide belastet (Koester und Engels 27). Nicht zuletzt sind gerade die Selbstmorde ein gewichtiges Argument für die Gegner des "Open-door-System (ODS)", das heisst für die Gegner der Freizügigkeit in der Behandlung psychiatrischer Patienten.
Selbstmordgefährdete Patienten brauchen ohne Zweifel eine genaue Überwachung, so wie sie nur auf geschlossenen Stationen gegeben ist. Aber rechtfertigen die Suizide die Unterbringung aller Neuaufnahmen auf geschlossenen Stationen, wo sie oft wochenlang und monatelang bleiben?
Pöldinger (33) unterscheidet in seiner Tabelle zur Abschätzung der Suizidalität drei bestimmte Kriterien, die bei allen unseren Patienten eine Rolle spielen können.

Tabelle nach Pöldinger (Die Abschätzung der Suizidalität, 33):

1. Altersabhängig:
   Pubertät, Jugendalter, Klimakterium, höheres Lebensalter.

2. Bestimmte Krankheitsgruppen:
   Depressionen, Süchte, Alkoholismus, einfache und neurotische seelische Fehlentwicklung, psychopathische Persönlichkeit, Psychosen.

3. Bestimmte Lebensumstände:
Vereinsamung, Entwurzelung, Haft, Spitalaufenthalt, Heimeinweisung, materielle Verluste.

Wenn man davon ausgeht, dass alle unsere Patienten selbstmordgefährdet sind, warum sind dann manche auf offenen Stationen untergebracht, auf denen fünfzig Patienten und mehr tagsüber von nur einer Schwester oder einem Pfleger betreut werden? Die Schlussfolgerung daraus kann nur sein, dass die Suizidgefährdung nicht bei allen Patienten als gleich stark angesehen werden kann.
Kommt ein Patient zur Aufnahme, so ist es eine der wichtigsten Aufgaben des Arztes festzustellen, wieweit dieser Patient selbstmordgefährdet ist. Wird eine Gefährdung deutlich, so kommt der Patient in ein besonders gut vom Pflegepersonal einsehbares Bett in einer Wachabteilung. Hier ist dieser Patient Tag und Nacht unter Aufsicht; tagsüber stehen in diesem Bereich mehrere Schwestern und nachts mindestens zwei Schwestern und eine Rufbereitschaft zur Verfügung. Gleichzeitig wird vom Arzt eine medikamentöse Therapie eingeleitet. Trotz all dieser Sicherheitsmassnahmen geschehen auch in den Wachbereichen Suizide.

Zwischen den Extremen der "Wachabteilung" und der "offenen Abteilung" existieren noch eine ganze Zahl unterschiedlicher Stationen. Wie weit "offen" oder "geschlossen" eine Station ist, kann fast immer an der Zahl der Pflegekräfte (pro Bettenzahl) abgelesen werden, das heisst, je offener eine Station ist, desto weniger Personal hat sie.

Eine bedauerliche Konsequenz dieser Tatsache ist, dass ein Patient, der eine intensivere Betreuung braucht, gar nicht auf einer offenen Station herkömmlicher Art untergebracht werden kann. Die geschlossenen Stationen bzw. die geschlossenen Anstalten wurden aber eingerichtet, um Kranke vor sich selbst und die Umwelt vor den Kranken zu schützen. Nur der Patient, der sich selbst oder andere gefährdet, gehört eigentlich auf eine "Wachabteilung". Es ist aber durchaus

noch in vielen psychiatrischen Krankenhäusern üblich, dass die Aufnahme aller Patienten auf geschlossenen Stationen erfolgt, das heisst in Wachabteilungen. Nur dort steht nämlich das für die intensive anfängliche Betreuung nötige Personal zur Verfügung.

2. Aufgabe und Ziel dieser Arbeit

In dieser Arbeit soll der Versuch gemacht werden, die besonderen Bedingungen der Selbstmordversuche und Selbstmorde in den Rheinischen Landeskrankenhäusern in den Jahren 1965 bis 1974 zu untersuchen. Ringel, Pöldinger, Im Obersteg, Stengel und Kielholz (Paul Kielholz und Walter Pöldinger "Depressionsdiagnostik und -therapie als Beitrag zur Selbstmordverhütung" 25) haben bestimmte Faktoren zusammengestellt, die auf ein besonderes Suizidrisiko hinweisen.

Abschätzung der Suizidalität
(Aufzählung von besonders gefährdenden Faktoren):

A. Eigentliche Suizidthematik und Suizidhinweise.

1. Eigene frühere Suizidversuche und Suizidhinweise.
2. Vorkommen von Suiziden in Familie und Umgebung (Suggestivwirkung).
3. Direkte oder indirekte Suiziddrohungen.
4. Äusserung konkreter Vorstellungen über die Durchführung oder Vorbereitungshandlungen.
5. "Unheimliche" Ruhe nach vorheriger Suizidthematik und Unruhe.
6. Selbstvernichtungs-, Sturz- oder Katastrophenträume.

B. Spezielle Symptome und Syndrombilder.

1. Ängstlich-agitiertes Gepräge.
2. Langdauernde Schlafstörungen.
3. Affekt- und Aggressionsstauungen.
4. Beginn oder Abklingen depressiver Phasen, Mischzustände.

5. Biologische Krisenzeiten (Pubertät, Gravidität, Puerperium, Klimakterium).
6. Schwere Schuld- und Insuffizienzgefühle.
7. Unheilbare Krankheiten oder Krankheitswahn.
8. Alkoholismus und Toxikomanie.

C. Umweltverhältnisse.

1. Familiäre Zerrüttung in der Kindheit ("Broken-home").
2. Fehlen oder Verlust mitmenschlicher Kontakte (Vereinsamung, Entwurzelung, Liebensenttäuschung).
3. Berufliche und finanzielle Schwierigkeiten.
4. Fehlen eines Aufgabenbereiches und Lebenszieles.
5. Fehlen oder Verlust tragfähiger religiöser Bindungen.

Es stellt sich nun die Frage, welche dieser Faktoren für unsere Patienten zutreffen, und -mit besonderer Dringlichkeit- welche dieser Faktoren zu ändern sind. Tritt nicht sogar durch die Situation, in der sich die Patienten in den Landeskrankenhäusern befinden, oft noch ein zusätzliches Suizidrisiko auf? Sind die Landeskrankenhäuser nicht sogar ausschliesslich für die Umweltverhältnisse, in denen die Patienten leben, verantwortlich? Und haben diese nicht einen erheblichen Einfluss auf die Suizidalität?

3. Methodik

In den Jahren 1965 bis 1974 -also insgesamt 10 Jahren- wurden 181 Selbstmorde und 63 Selbstmordversuche aus den Landeskrankenhäusern des Landschaftsverbandes Rheinland gemeldet. Dabei entspricht die Zahl der Selbstmordversuche sicher nur ungefähr derjenigen von schweren Versuchen, die mit körperlichen Verletzungen geendet haben. Viele Patienten werden rechtzeitig von der

Ausführung des Suizides abgehalten, z.B. ein Patient, der sich aus einem Fenster stürzen will, wird bereits daran gehindert, das Fenster zu öffnen. Diese Versuche sind nicht erfasst.

In der Arbeit konnten von den 244 gemeldeten Suiziden und Suizidversuchen (181 Suizide, 63 Suizidversuche) die Krankenakten von 184 Fällen (151 Suizide, 33 Suizidversuche) erhalten und ausgewertet werden. Dass nicht alle Fälle in dieser Arbeit erfasst werden können, lag zum Teil daran, dass die vorhandenen Akten ungenügende Angaben enthielten, zum Teil aber auch nicht mehr zu bekommen waren, da sie zum Beispiel nach den Selbstmordversuchen bei Neuaufnahmen in anderen Krankenhäusern in diese weiterversandt worden waren, oder bei weiblichen Suizidversuchen durch Namensänderung die Akte nicht mehr aufzuspüren war. Es ist natürlich äusserst schwierig, über einen Zeitraum von 10 bis 12 Jahren jede einzelne Akte zu verfolgen.

Ausserdem wurden nur die Akten aus den Landeskrankenhäusern Bedburg-Hau, Bonn, Düren, Düsseldorf, Langenfeld und Viersen in dieser Arbeit berücksichtigt, da diese Landeskrankenhäuser von ihrem Aufbau und ihrer Struktur die grössten Ähnlichkeiten untereinander aufweisen und auch Patienten aus diesen Häusern über die 10 Jahre hinweg erfasst werden konnten, während andere Häuser erst im Laufe dieser 10 Jahre, über die die Untersuchung lief, hinzukamen.

Der Möglichkeit, die vorhandenen Akten auszuwerten, stellten sich wieder erneut Hindernisse in den Weg. Angefangen von handschriftlichen, nach 20 bis 30 Jahren nicht mehr entzifferbaren Eintragungen, fehlenden Befunden, falsch abgehefteten Notizen und ähnlich gelagerten Problemen, war häufig zwar ein genauer psychischer Befund des Patienten bei der Aufnahme in dem Krankenblatt enthalten, was sich dann aber vom Tag der Aufnahme an weiter ereignet hatte, wie sich das Krankheitsbild

entwickelte, welche persönlichen Probleme für den Patienten aufgetreten waren, was sich aus der Behandlung ergeben hatte, wie sich z.B. seine Persönlichkeit entwickelt hatte, welche latenten und aktuellen Konflikte, welche Schwierigkeiten bei der sozialen Neueingliederung entstanden waren und ähnliches wurden in den Akten nicht mehr erfasst. Ganz besonders bei Langzeitpatienten und bei Kranken, die kurz nach der Aufnahme einen Suizid unternahmen, fehlten wichtigste Angaben.

Diese vorangehenden Betrachtungen sollten nicht nur als Vorwürfe verstanden werden, sondern auch die besonderen Schwierigkeiten der Arbeit aufzeigen. Auch heute, in der modernen Psychiatrie, kommen manchmal auf einen Arzt mehrere hundert Patienten. Ein Psychiater, der z.B. 100 bis 200 Langzeitpatienten zu betreuen hat, und der täglich eine Anzahl von Neuaufnahmen bewältigen muss, hat einfach nicht die Zeit für die Niederlegung eines Befundes. Er hat noch nicht einmal die Gelegenheit, in regelmässigen Abständen mit jedem seiner zahlreichen Patienten ein längeres Gespräch zu führen, um die besondere Problematik jedes einzelnen zu erfassen.

Eine der grössten Schwierigkeiten der Arbeit lag darin, zu erkennen, was überhaupt möglich war, statistisch auszuwerten. So wäre es z.B. sehr interessant und auch wichtig gewesen, die besondere Personalstruktur auf der Abteilung eines jeden Suizidanten zu untersuchen, z.B. ob dort in der Untersuchungszeit ein Personalwechsel stattgefunden hatte, wieviel Pfleger pro Patient auf der Station waren, wieweit der Arzt Zeit hatte, sich ausführlich mit den Patienten zu befassen und auf einzelne einzugehen.

Dies sind aber Einzelheiten, die man mit Sicherheit nur aus ganz wenigen Krankenakten entnehmen kann. Selbst Versuche, dies in einigen Fällen am Landeskrankenhaus Viersen, in dem ich beschäftigt bin, zu untersuchten,

scheiterten an der wechselnden Personalbesetzung, an dem Zeitfaktor usw. Es war also für diese Arbeit wichtig, Merkmale zu finden, die in allen Krankenblättern enthalten waren. Diese Merkmale durch alle Krankengeschichten zu verfolgen, war nur bei einigen unproblematisch: so war es leicht, das Ereignisjahr, den Monat, das Geschlecht und die Altersklasse des Patienten festzustellen. Aber selbst andere, zunächst als sehr einfach erscheinende Merkmale, genau niederzulegen, machte Schwierigkeiten. Zum Beispiel entsprach der Familienstand, der bei der Aufnahme des Patienten erfasst wurde, nicht mehr dem Familienstand zur Zeit des Suizids. Oft liess sich nur durch eine zufällige Bemerkung in der Krankenakte, durch ein abgeheftetes Telegramm oder einen zufällig abgehefteten Briefwechsel mit einem Anwaltsbüro feststellen, dass der Patient inzwischen verwitwet oder geschieden war.

Andere Merkmale, z.B. die Teilnahme an der Beschäftigungstherapie oder das Bestehen eines Kontaktes zu der Familie, liessen sich oft nur durch spärliche Bemerkungen über Ereignisse, wie z.B. eine Auseinandersetzung während der Arbeitstherapie mit anderen Patienten feststellen, oder es wurde in der Krankenakte festgehalten, dass der Patient wieder einmal nicht rechtzeitig von einem Ausflug mit Angehörigen zurückgekehrt war.

In der Arbeit wurden insgesamt 46 Merkmale erfasst. Zu jedem der Merkmale gehören mindestens zwei, meist aber mehr Ausprägungen, die durch ein Schlüsselverzeichnis gekennzeichnet waren. So war das Merkmal für den Familienstand z.B. die Nummer 8, diese wieder in 1 = ledig, 2 - verheiratet, 3 = verwitwet, 4 = getrennt lebend, 5 = geschieden und 9 = ohne Angaben, unbekannt, unterteilt. Ausser der Einteilung in die verschiedenen Merkmale mit Untergruppen erlaubte diese Methode auch den Vergleich von Untergruppen verschiedener Merkmale miteinander, z.B. den Vergleich zwischen Geschlecht, psychiatrischer Diagnose und Aufenthaltsdauer.

Wichtig war es auch, eine Vergleichsbasis für die Daten zu finden. Nur bei einem Teil der Daten, z.B. bei den Diagnosegruppen, war es möglich, diese in Vergleich zu setzen zu den Daten der LKH-Patienten insgesamt oder der Gesamtbevölkerung, weil Unterlagen darüber im Computer im Landeskrankenhaus gespeichert waren oder Statistiken vorlagen.

II. Statistische Ergebnisse

In den Jahren 1965 bis 1974, also über einen Zeitraum von 10 Jahren, wurden 181 Suizide und 63 Suizidversuche aus den Landeskrankenhäusern des Landschaftsverbandes Rheinland nach Köln ins Landeshaus gemeldet. 184 Fälle, 151 Suizide und 33 Suizidversuche, wurden in der hier vorliegenden Arbeit untersucht, und zwar Selbstmorde und Selbstmordversuche, die in den Landeskrankenhäusern Bedburg-Hau, Bonn, Düren, Düsseldorf, Langenfeld und Viersen geschehen waren.

1. Relative Häufigkeit der Selbstmorde in den Rheinischen Landeskrankenhäusern:

Die Berechnung der relativen Häufigkeiten wurde für die Suizidversuche nicht durchgeführt, da bei den Versuchen eine zu hohe Dunkelziffer bestand. Ausserdem war die Abgrenzung gegenüber der "Selbstbeschädigung" nicht genügend.

Die Gesamtzahl der Abgänge belief sich in den Berichtsjahren (1965 bis 1974) in den erfassten Häusern auf 149 675 Fälle, die Anzahl der Suizide betrug in der gleichen Zeit 181 Fälle. Das sind demnach 1,21 Selbsttötungen auf 1000 Abgänge.

Die stationär behandelten Fälle errechnen sich als Summe der Abgänge (149 675) und des Endbestandes am 31.12.74 (9 906). Es sind 159 581 Fälle. Bezogen auf diesen Wert beträgt die Selbstmordquote 1,13 ‰.

Der Durchschnittsbestand betrug in der Berichtszeit rund 12 092 Kranke, die Anzahl der Suizide im Jahr 18,1. Bezogen auf den Durchschnittsbestand betrug die Suizidquote im Jahr 1,5 ‰.

Die Selbstmordziffer in Nordrhein-Westfalen schwankt während der Berichtszeit zwischen 0,163 und 0,191 ‰.

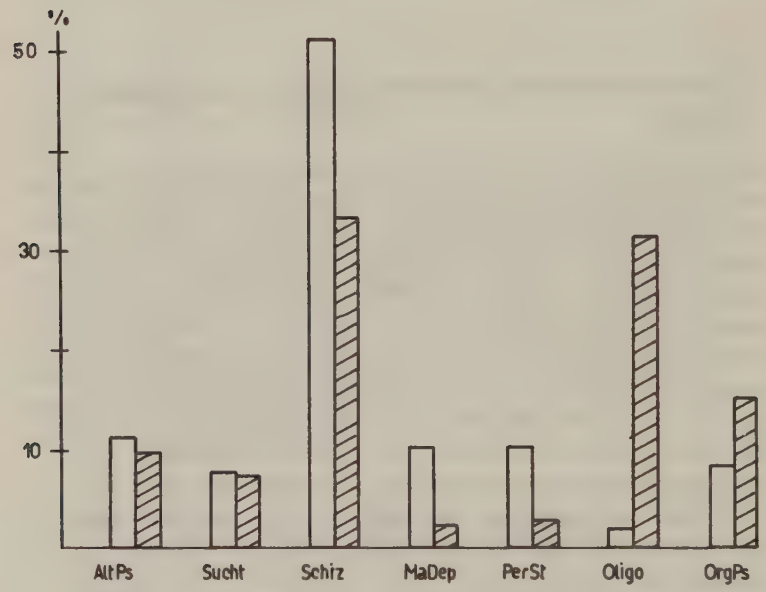
2. Unterteilung nach Diagnosen (siehe dazu Tabellen 1 und 2:

Bei dem Vergleich der Diagnosegruppen untereinander fällt auf, dass mehr als die Hälfte der Selbstmorde und Selbstmordversuche von den Schizophrenen begangen wurden. Bei den Selbstmorden beträgt ihr Anteil 50,3 % (siehe Tabelle 2) und bei den Selbstmordversuchen 54,6 %. Untersucht man Selbstmorde und -versuche zusammen, sind es 51,1 %, dagegen ist der Durchschnittsbestand der Schizophrenen in den sechs Landeskrankenhäusern in den Untersuchungsjahren 32,7 % der behandelten Fälle. Die Depressionen im Rahmen einer manisch-depressiven Erkrankung begingen 12,1 % der Selbstmordversuche und 9,3 % der Selbstmorde. Ihr Anteil an den Selbstmorden und Selbstmordversuchen war also 9,8 %. Der Durchschnittsbestand in den Landeskrankenhäusern in dieser Krankheitsgruppe war aber nur 1,9 %, was einem Verhältnis 5 : 1 entsprach. Fasst man die Schizophrenien und die Depressionen bei Zyklothymie unter dem Oberbegriff endogene Psychosen zusammen, so begingen diese 60,9 % der Selbstmorde/Selbstmordversuche, ihr Durchschnittsbestand in den Landeskrankenhäusern war dagegen nur 34,6 %.

Bei den Alterspsychosen hingegen weichen die Prozentwerte kaum voneinander ab, ihr Anteil ist 10,9 % an den Selbstmorden/Selbstmordversuchen, in der Durchschnittsbelegung sind sie mit 9,7 % vertreten. Während bei den endogenen Psychosen kaum zahlenmässige Unterschiede zwischen Selbstmorden und Selbstmordversuchen

Abb.: 1 Diagnostische Gliederung (siehe auch Tabl.1)
(Vergleich mit dem Durchschnittsbestand)

% = Prozentualer Anteil an den S/SV
GG = Durchschnittsbestand an Patienten der LKH in den Berichtjahren



AltPs = Psychische Störungen des höheren Lebensalters
Sucht = Alkoholismus und andere Süchte
Schiz = Schizophrener Formenkreis
MaDep = Manisch-depressive Krankheit
PerSt = Depressive Reaktionen bis zu den Psychopathien und Neurosen
Oligo = Oligophrenien
OrgPs = Organisch-bedingte psychische Störungen

bestehen, sind diese bei den Alterspsychosen sehr deutlich. Ihr Anteil an den Selbstmorden beträgt 11,9 %, an den Selbstmordversuchen nur 6,1 %. Ein anderes Verhalten zeigen die Persönlichkeitsstörungen: Hier ist der Anteil an den Selbstmorden/Selbstmordversuchen 10,3 %, die Durchschnittsbelegung der Landeskrankenhäuser 2,8 %, und bei der Untersuchung der prozentualen Beteiligung an Selbstmordversuchen und Selbstmorden ihr Anteil an den Versuchen wesentlich grösser, nämlich 18,2 % : 8,6 % der Selbstmorde. (Was hier unter Persönlichkeitsstörungen zusammengefasst wurde, ist eine grosse Gruppe verschiedener Krankheitsbilder, angefangen von den depressiven Reaktionen -die nicht zum manisch-depressiven Formenkreis gehören- , bis zu den Psychopathien und Neurosen.)

Bei den Suchten ist der Anteil an den Selbstmorden/ Selbstmordversuchen im Vergleich zu dem Durchschnittsbestand fast gleich, nämlich 7,6 % : 7,1 %. Auch der Vergleich zwischen Selbstmordversuch und Selbstmord (6,1 % : 8,0 %) lässt keine Aussagen zu.

Bei den organisch bedingten psychischen Störungen, die 15 % des Durchschnittsbestandes ausmachen, wurde nicht ein einziger Selbstmordversuch in dem Untersuchungskollektiv gefunden. Ihr Anteil an den 151 Suiziden war 9,3 %, ihr Anteil an allen untersuchten Fällen war 8,2 %.

Der Durchschnittsbestand an Oligophrenien in den Landeskrankenhäusern betrug 30,8 %, an den Selbstmorden/ Selbstmordversuchen waren sie nur überaus gering beteiligt, nämlich mit 2,2 %.

Abb.: 2 Altersgliederung (siehe auch Tabl.3)
(Vergleich mit dem Durchschnittsbestand)
GG = Durchschnittsbestand S/SV = Untersuchungsgruppe

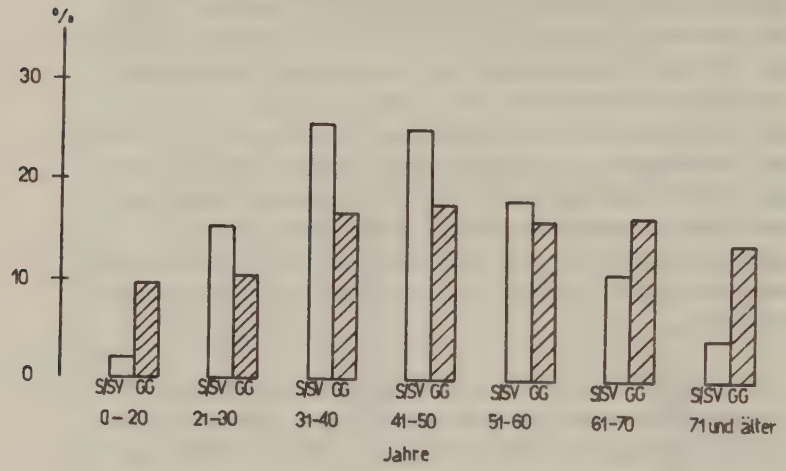
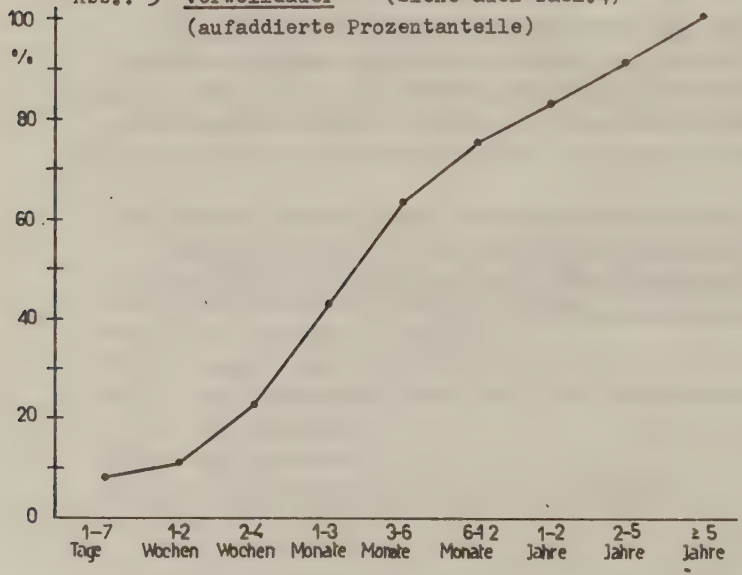


Abb.: 3 Verweildauer (siehe auch Tabl.4)
(aufaddierte Prozentanteile)



3. Altersgliederung (siehe auch Tabelle 3 und Abb.2):

Das allgemeine Durchschnittsalter der Suizidanten lag bei 43 8/10 Jahren (Männer 42 1/10, Frauen 44 6/10 Jahre). 50,5 % der Suizidanten waren in der Altersgruppe 31 bis 50 Jahre, wobei die Männer stärker in den jüngeren Jahrgängen vertreten waren. Überhaupt war bei den Männern der Anteil der 31- bis 40jährigen mit 20,4 % am grössten und nahm zu den jüngeren und älteren Jahrgängen hin allmählich ab, während bei den Frauen die jüngeren Jahrgänge am wenigsten (bis 21 Jahre 6,9 %) und die ältesten (71 und älter) am höchsten (20,3 %) vertreten waren.

4. Daten zum Krankenhausaufenthalt:

Die durchschnittliche Verweildauer aller Patienten der Landeskrankenhäuser für das Jahr 1968 betrug 180 Pflegetage. Im Jahr 1974 hatte sich die Aufenthaltsdauer allmählich auf 141 Pflegetage verringert. Der Zentralwert der Verweildauer der Selbstmorde/Selbstmordversuche betrug 122 Tage (Männer 150 Tage, Frauen 79 Tage).

22,8 % aller Suizide und ernsthafter Suizidversuche geschahen bereits innerhalb der ersten 4 Wochen des Krankenhausaufenthaltes (siehe Tabelle 4), nach 3 Monaten waren es bereits 43,5 %. 62,5 % geschahen innerhalb eines halben Jahres.

26,6 % aller Selbstmorde/Selbstmordversuche ereigneten sich bei der ersten stationären Behandlung eines Patienten (siehe Tabelle 5). Im Vergleich dazu waren 43,8 % aller stationär behandelten Patienten Erstaufnahmen. Der Durchschnittsbestand an Patienten wurde mit der Zahl der stationären Aufenthalte deutlich geringer. Bei der zweiten stationären Behandlung waren es nur noch 24 %, bei der dritten 13 % usw. Der Anteil der

Abb.: 4 Zahl der stationären Behandlungen (siehe auch Tabl.5)

GG = Durchschnittsbestand S/SV = Untersuchungsgruppe

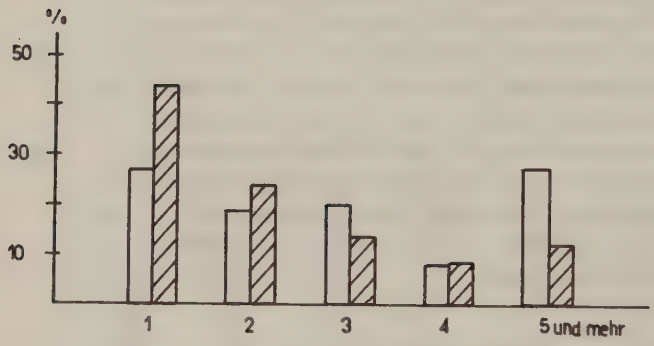
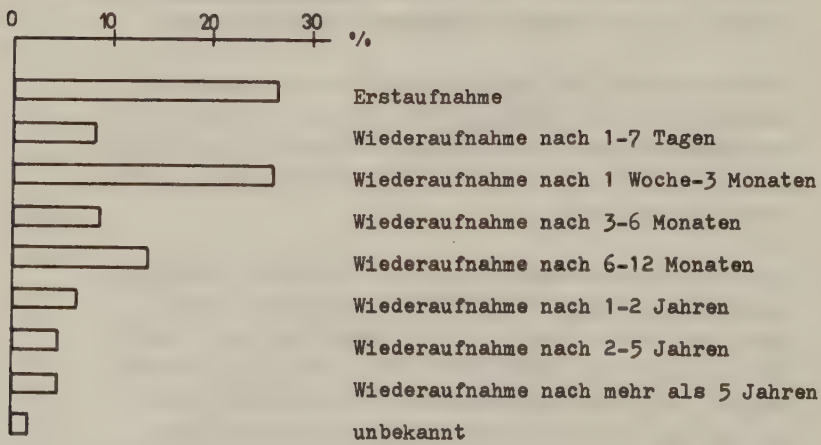


Abb.: 5 Wiederaufnahmefrist (siehe auch Tabl.6)

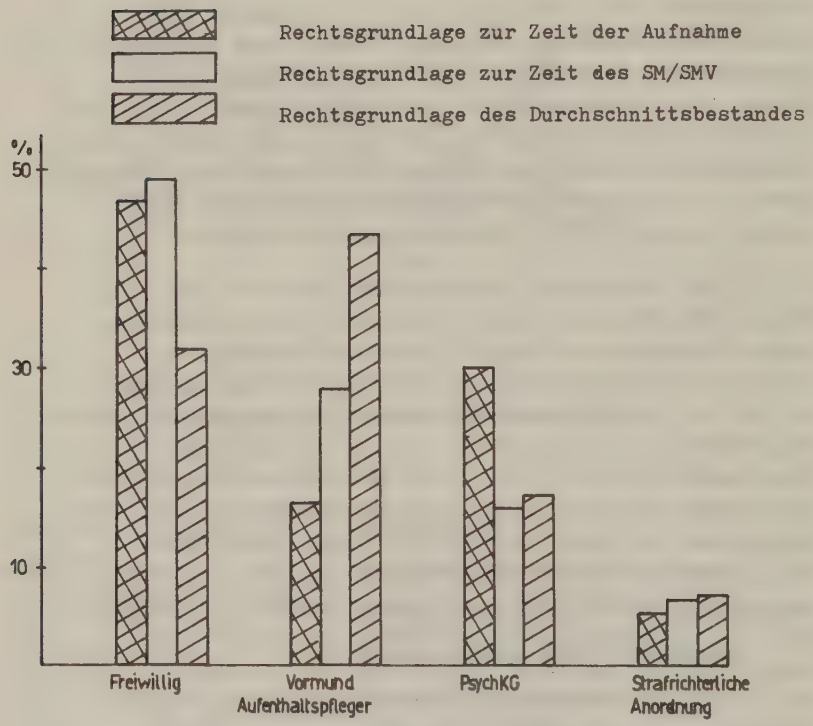


Selbstmorde/Selbstmordversuche lag bei der zweiten Aufnahme bei 17,9 % und stieg bei der dritten Aufnahme auf 20,1 % an. Danach nahm er zwar ab, lag aber weiterhin über dem Durchschnittsbestand. 27,2 % der Suizidanten wurden mehr als viermal stationär behandelt, während in der Vergleichsgruppe der Durchschnittsbestand 12 % ausmachte.

Wielange der Teil der Suizidanten, der bereits eine stationäre Behandlung mitgemacht hatte, nach der letzten Entlassung ausserhalb der Landeskrankenhäuser gelebt hatte, liess sich ebenfalls feststellen (siehe Tabelle 6), 8,2 % der Patienten mussten innerhalb einer Woche wieder aufgenommen werden, 34,2 % bereits innerhalb von 3 Monaten und bei 56,5 % war die Wiederaufnahme innerhalb eines Jahres erfolgt (33,7 % des Durchschnittsbestandes).

46,7 % der Suizidanten begaben sich freiwillig in stationäre Behandlung (siehe Tabelle VII). Der Durchschnittsbestand an Freiwilligen betrug dagegen nur 31,7 %. Untersuchte man hier Männer und Frauen getrennt, so war der Anteil der Frauen wesentlich grösser als der der Männer, nämlich 55,6 % : 41,1 %. Die Aufnahmen nach dem PsychKG stellten mit 29,9 % einen wesentlich kleineren Anteil dar (17,2 % des Durchschnittsbestandes), hier waren aber die Männer mit 32,1 % stärker vertreten als die Frauen mit 26,4 %. Die Unterbringung durch Vormund oder Aufenthaltspfleger war bei dem Durchschnittsbestand mit 43,3 % am häufigsten vertreten, bei unserer Untersuchungsgruppe betrug er nur 16,3 % bei der Aufnahme, der Anteil der Männer und Frauen war ungefähr gleich. Strafrichterlich untergebracht (5,4 %) waren in der Untersuchungsgruppe nur Männer (Durchschnittsbestand 7,1 %). Die restlichen Unterbringungsarten konnten hier vernachlässigt werden.

Abb.: 6 Rechtsgrundlage zur Zeit der Aufnahme und zur Zeit des Suizids/Suizidversuchs, verglichen mit der Rechtsgrundlage des Durchschnittsbestandes.
(siehe auch Tabl.7 und Tabl.8)



In dieser Abbildung wurden nur die auf freiwilliger Basis, durch Vormund oder Aufenthaltspfleger, nach PsychKG und durch strafrichterliche Anordnung in den LKH untergebrachten Patienten berücksichtigt, die restlichen Unterbringungsarten entfielen. (In ihnen war der Anteil an Patienten nur ein Prozent und weniger.)

Zur Zeit des Selbstmordversuches hatte sich oft die Unterbringungsart gegenüber der bei der Aufnahme geändert (siehe Tabelle 8). Die Anzahl der freiwilligen Patienten war sogar noch weiter angestiegen, nämlich von 46,7 % auf 48,9 % (hier nochmals als Vergleich der Durchschnittsbestand: 31,7 %). Im Gegensatz dazu hatte sich der Anteil der nach dem PsychKG Untergebrachten deutlich verringert, nämlich von 29,8 % auf 15,8 % (Durchschnittsbestand 17,2 %). Der Anteil der Patienten, die jetzt einen Vormund oder Aufenthaltspfleger hatten, hatte sich wesentlich erhöht, nämlich von 16,3 % auf 27,7 %.

40,2 % der Patienten waren zur Zeit des Selbstmordes/ Selbstmordversuches auf einer offenen Abteilung untergebracht (siehe Tabelle 9), 31 % auf geschlossenen Wachstationen, 21,7 % auf halboffenen oder geschlossenen Stationen ohne ständige Wache.

5. Beziehungen zur Umgebung.

Der Anteil an ledigen Suizidanten betrug 42,9 % (siehe Tabelle X). Hier war allerdings der Unterschied zwischen Männern und Frauen sehr gross, 51, 8 % der Männer waren ledig, aber nur 29,2 % der Frauen. In der Durchschnittsbevölkerung von Nordrhein-Westfalen 39,4 %. Verheiratet waren 30,4 % der Männer und 38,9 % der Frauen (insgesamt 33,7 %), aber nur 17,1 % des Durchschnittsbestandes der Landeskrankenhäuser, hingegen aber 49,9 % der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens, verwitwet waren 8,2 % in unserer Untersuchungsgruppe. Hierbei war der Anteil der Frauen wesentlich höher, nämlich 15,3 % : 3,6 % bei den Männern (Durchschnittsbestand 11,9 %, bei der Bevölkerung 8,5 %). Geschieden oder getrennt lebend waren 15,2 %. Hier bestand kein Unterschied zwischen Männern und Frauen, allerdings aber zum Durchschnittsbestand, der 9,6 % betrug, und zur Bevölkerung Nordrhein-Westfalens, wo der Anteil nur 2,1 % war.

Abb.: 9 Ereignisort (siehe auch Tabl.20)

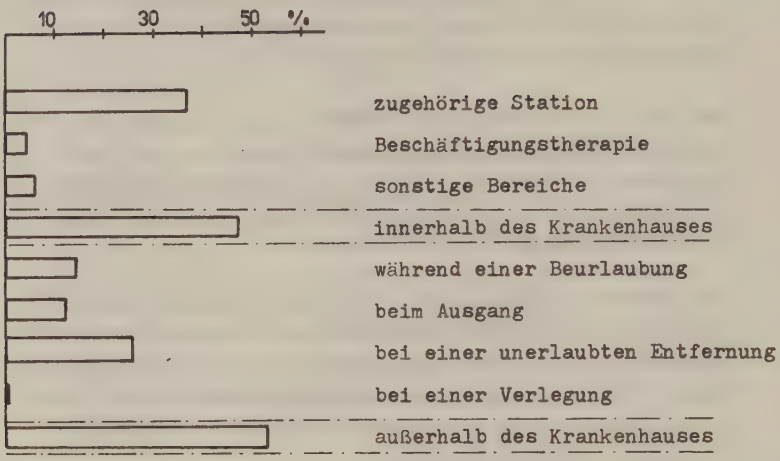
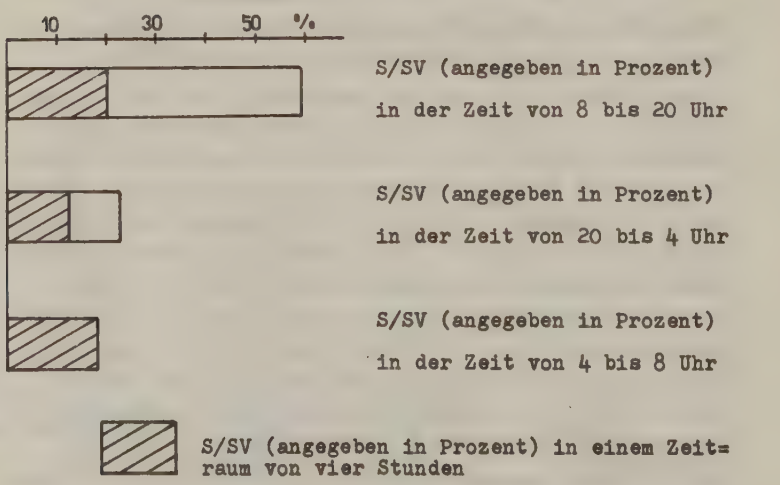


Abb.:10 Ereigniszeit (siehe auch Tabl.21)



Innerhalb des Krankenhauses geschahen 46,7 % der Selbstmorde und -versuche.

Im nachhinein festzustellen, um welche Uhrzeit ein Selbstmord oder Selbstmordversuch geschehen war, war bei 43,5 % der untersuchten Fälle nicht mehr möglich, nur bei 9,8 % war auch von ausserhalb der Landeskrankenhäuser eine Zeitangabe zu erhalten.

58,7 % der Suizide/Suizidversuche geschahen zwischen 8 Uhr morgens und 20 Uhr abends, 18,3 % in der Zeit zwischen 4 Uhr morgens und 8 Uhr morgens, und nur 23,1 % in den eigentlichen Nachtstunden, nämlich zwischen 20 Uhr abends und 4 Uhr morgens.

In 65 Krankengeschichten (35,3 %) waren unmittelbar vor dem Selbstmordgeschehen aktuelle Konflikte der Patienten festgehalten worden, die mit Einschränkung als auslösende Faktoren angesehen werden konnten. Am häufigsten waren in 13 % der Fälle Familien- und Ehekonflikte angegeben. Persönliche Konfliktsituationen bestanden in 10,3 % der Fälle, Einsicht in die ungünstige Prognose hatten 5,4 %, berufliche Konflikte 3,8 %, wirtschaftliche Konflikte 1,1 %, sonstige soziale Konflikte 0,5 %, über einen Stationswechsel beschwerten sich 1,1 %.

Ein Verschulden an Selbstmorden/Selbstmordversuchen liess sich nur in wenigen Fällen nachweisen: insgesamt fünfmal pflegerisches Verschulden, dreimal wurden organisatorische Mängel angenommen, neunmal ungenügende Sicherheitsvorkehrungen. Ärztliches Verschulden wurde in keinem Falle nachgewiesen.

Bei der Untersuchung der Tötungsarten (siehe Tabelle 23) stand in den Landeskrankenhäusern bei den Männern das Erhängen weit an der ersten Stelle mit 32,0 %, bei den Frauen der Sturz aus der Höhe mit 34,7 %. Es gab auch deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Überfahren liessen sich hauptsächlich Männer (18,8 %), bei den Frauen nur 5,6 %). Bei den Frauen war dafür

das Ertrinken häufiger, hier standen 11 % der Frauen gegen 5,4 % der Männer. Schneidende oder stechende Werkzeuge wurden vorwiegend bei den Selbstmordversuchen benutzt (siehe Tabelle XXIV), nicht bei den Selbstmorden.

Überfahrenlassen und Erhängen waren die tödlichsten Mittel, nur in einem Fall von 51 Fällen konnte ein Erhängter wiederbelebt werden, und beim Überfahrenlassen überlebte einer von 25. Zog man Vergleiche mit der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens (siehe Tabelle 25), war auch dort das Erhängen mit 39,6 % die häufigste Suizidart. An zweiter Stelle lag aber hier die Vergiftung durch Medikamente oder Gase, die bei der Wohnbevölkerung 36,8 % ausmachte, in unserem Untersuchungskollektiv aber nur 15,9 % betrug.

Vergleicht man die Tötungsarten in den einzelnen Abteilungen untereinander, so stand in den offenen und halboffenen Abteilungen der Sturz aus dem Fenster an erster Stelle, unmittelbar gefolgt von Erhängen, an dritter Stelle stand das Vergiften durch Medikamente. In den geschlossenen Abteilungen stand Erhängen an erster Stelle, Sturz aus Fenstern oder Vergiftungen kamen fast nicht vor.

III. Diskussion

Vergleichen wir die Suizidrate in den Rheinischen Landeskrankenhäusern mit der Nordrhein-Westfalens, so kommen wir auf Werte, die um ein Vielfaches, bis zu neunmal, höher liegen als die in der allgemeinen Bevölkerung. Es stellen sich hier mehrere Fragen:

1. Wird eine grössere Zahl der Suizidgefährdeten in psychiatrischen Landeskrankenhäusern behandelt, wäre also die höhere Suizidrate eine Folge des Selektionsprozesses?

2. Wird eine Einweisung in ein Landeskrankenhaus auch heute noch als diskriminierend empfunden und hat eine langdauernde und häufige Behandlung schwerwiegende soziale Folgen, z.B. wird es zunehmend schwieriger, in den Arbeitsprozess und in die Familie zurückzufinden?

3. Tragen die therapeutischen Methoden bis zu einem gewissen Grad zu den höheren Suizidraten bei?

Zu 1.: Wird eine grössere Zahl der Suizidgefährdeten in psychiatrischen Krankenhäusern behandelt?

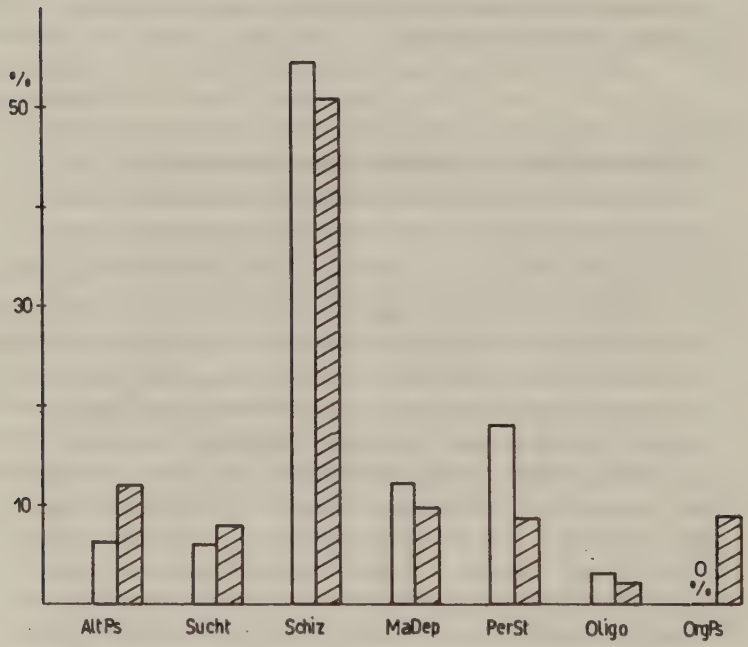
Es ist heute eine allgemein bekannte Tatsache, dass Selbstmord nur selten ein Akt freier Selbstbestimmung ist. Häufig ist er der Endpunkt einer psychischen Krankheit, einer "Krankheit zum Tode hin" (Goethe).

Die Patienten der Landeskrankenhäuser und damit auch die in dieser Arbeit untersuchten Suizidanten, mussten bestimmten Krankheitsgruppen zugeordnet werden. Dabei unterteilten wir nach endogenen Psychosen, Alterspsychosen, Persönlichkeitsstörungen, organisch bedingten psychischen Störungen, Suchten und Oligophrenien. Verglichen wir die einzelnen Diagnosen untereinander, so fiel auf, dass 60,9 % der Suizidanten zu den endogenen Psychosen gerechnet werden mussten, davon 51,1 % zu den Schizophrenien, 9,8 % zu den Zyklothymien, wobei es sich hier allerdings nicht um manische, sondern um depressive Bilder handelte (zwei Patienten waren als Ausnahme in einer sogenannten Mischphase; dass Maniker keinen Selbstmord begehen, ist erklärlich). Zu unserer Fragestellung, ob die endogenen Psychosen zu den Gruppen mit erhöhtem Suizidrisiko gerechnet werden müssen, existieren zahlreiche Untersuchungen. Stengel (45) und Berner (3) meinten, dass für den endogen psychotisch Kranken die Gefahr des Suizids dreissigmal höher läge als bei der Durchschnittsbevölkerung, in der 0,02 % Suizide und 0,4 % der Suizidversuche begehen. Linden (29)

Abb.:11 Selbstmorde, Selbstmordversuche und Krankheits = bild (siehe auch Tabl.2)

SM = Selbstmord

SV = Selbstmordversuch



AltPs = Psychische Störungen des höheren Lebensalters

Sucht = Alkoholismus und andere Süchte

Schiz = Schizophrener Formenkreis

MaDep = Manisch-depressive Erkrankung

PerSt = Depressive Reaktionen bis zu den Psychopathien und Neurosen

Oligo = Oligophrenien

OrgPs = Organisch-bedingte psychische Störungen

schätzt den Anteil von Psychotikern an Suiziden auf 8 bis 15 %. In der Literatur sind die Angaben über die Höhe von endogenen Psychosen an Suiziden sehr unsicher. Für unsere Arbeit war das Material nicht auslesefrei. Ausserdem bereiteten die verschiedenen Diagnoseschemata Vergleichsschwierigkeiten. Stengel (45) gab z.B. 50 % an, Dahlgreen (6) 35,4 %, Rüesegger (nach Lunden 29) 25 %, Ringel (36) 1952 14,6 %, 1960 34,0 %, Faudell (11) 10 %, Hirschfeld (21) 9,2 %, Bappert (2) 5,8 %, Weichbrodt (50) 15 bis 20 %, Stelzner (44) 66,0 %. Die Arbeiten stammten durchweg aus psychiatrischen Kliniken und ergaben daher, wie auch unsere eigene Arbeit, einen besonders hohen Anteil an Psychotikern.

Nach Kielholz und Pöldinger (25) sind Patienten besonders am Beginn und beim Abklingen depressiver Phasen suizidgefährdet, wie sich auch in unserer Untersuchung durch den hohen Anteil an Depressionen im Rahmen der manisch-depressiven Erkrankung bestätigt (9,8 % der Suizidanten bei einer Durchschnittsbelegung von nur 1,9 %). Hier war an Hand der Krankengeschichten nachweisbar, dass im Gegensatz zu den Schizophrenien, bei denen die Suizidimpulse oft völlig unvorhergesehen auftraten, in der Regel die Suizidgefährdung vom behandelnden Arzt bei den Depressionen erkannt wurde. "Dass trotz der uns allen so vertrauten hohen Selbstgefährdung bei Depressionen Selbstmorde nicht immer zu vermeiden waren, zeigt die Stärke der Intention dieser Impulse und die Findigkeit in der Täuschung der Umgebung" (Koester 27). Wenn auch die Selbstmordgefahr bei den Depressionen als besonders hoch angesehen werden muss, wie es auch durch diese Untersuchung bestätigt wird, bedarf die ebenfalls sehr hohe Beteiligung der Schizophrenien an den Selbstmorden und Selbstmordversuchen nicht übersehen werden. Koester und Engels (27) weisen ebenfalls in ihrer Arbeit über "Gelungene Suizide in dem psychiatrischen Krankenhaus in den Jahren 1962 bis 67" auf die relativ hohe Zahl der Selbstmorde und Selbstmordversuche bei schizophrenen Kranken hin.

Dass die endogenen Psychosen zu den besonders suizidgefährdeten Bevölkerungsgruppen gehören, wird also sowohl durch frühere als auch durch unsere Untersuchung bestätigt.

Eine zweite grosse Patientengruppe sind die Altspsychosen, ihr Anteil beträgt 10,9 % der Suizidanten. Auch hier ist wieder die Frage zu klären, ob es sich um eine primär selbstmordgefährdete Gruppe handelt. Betrachtet man hierzu die Selbstmordstatistiken, so zeigt sich dass die Älteren, und ganz speziell die Gruppe der sehr Alten, nämlich der über 80jährigen, besonders selbstmordgefährdet ist. Nach Siegmund (43) und Hagenbuchner (16) werden Selbstmordversuche wesentlich konsequenter von älteren als von jüngeren Leuten durchgeführt. Während sich die allgemeine Selbstmordhäufigkeit in der Bundesrepublik auf eine durchschnittliche Höhe von 20 Selbstmorden auf 100 000 Einwohner jährlich seit dem letzten Krieg eingependelt hat, weist die Selbstmordkurve der alten Leute eine erschreckende Zunahme auf (Siegmund 43). Die Selbstmordabsichten dieser Altersgruppe sind ganz besonders ernst zu nehmen. Während Selbstmordversuche (ohne tödlichen Ausgang) in der Durchschnittsbevölkerung am häufigsten im dritten und vierten Lebensjahrzehnt vorkommen, ist die Häufigkeit der vollendeten Selbstmorde im sechsten und siebenten Lebensjahrzehnt am grössten (Henseler 20). Auch in unserer Arbeit bestätigen sich diese Angaben, und zwar ist hier der Anteil der tödlichen Ausgänge wesentlich höher als der Anteil an den Versuchen, nämlich 11,9 % : 6,1 %, ein Ergebnis, das für diese Diagnosengruppe besonders typisch ist.

Die dritte Gruppe, die der Persönlichkeitsstörung, umfasst eine Vielzahl verschiedener Krankheitsbilder, angefangen von den depressiven Reaktionen, die nicht zum manisch-depressiven Formenkreis gehören, bis zu den Psychopathien und Neurosen, und wird ebenfalls als besonders selbstmordgefährdete Krankheitsgruppe angesehen (Pöldinger 33). Ihr Anteil an den Suizidanten

beträgt 10,3 %. Im Gegensatz zu den Alterspsychosen ist hier der Anteil an den Selbstmordversuchen ausserordentlich hoch, nämlich 18,2 % der Selbstmorde. Hier ist also der demonstrative Charakter der Selbstmordhandlung grösser als bei den vorherigen Krankheitsgruppen, ganz besonders bei den Alterspsychosen, bei denen jeder appellative Charakter fehlte. Auch innerhalb der Patienten der Landeskrankenhäuser gehören die Persönlichkeitsstörungen zu den gefährdetsten Gruppen, wie sich in unserer Untersuchung durch das Missverhältnis zwischen Durchschnittsbelegungszahl (2,8 %) und Beteiligung an den Selbstmorden und Selbstmordversuchen (10,3 %) erklärt.

Über die erhöhte Suizidalität der vierten Gruppe, nämlich der Suchtkrankheiten, berichten Ringel (38), Feuerlein (12), Menninger (30). Die Angaben schwanken zwischen einer Suizidalität von 7 % bis 21 %, bei Toxikomanen werden die Werte noch wesentlich höher vermutet. Nach Feuerlein (12) wird die allgemeine Suizidalität bei Suchterkrankten zwischen 12 bis 75 mal höher als bei der Gesamtbevölkerung angenommen. In unserem Untersuchungskollektiv ist der Anteil 7,6 %, was in etwa der Durchschnittsbelegung entspräche. Auch hier ist der Anteil an Selbstmordversuchen eher gering, d.h. auch hier handelt es sich um eine besonders autoaggressive Gruppe.

Die Neigung, aus Depressionen und aus Verstimmungen heraus Selbstmorde zu begehen, bejahen bei den organisch bedingten psychischen Störungen Huber (22) und Berner (3). Auffällig ist in unserer Untersuchungsgruppe, dass die Prozentzahl (8,2) zwar im Gegensatz zu den früheren Krankheitsgruppen unter dem Durchschnittsbestand von 15 % liegt, aber kein einziger Selbstmordversuch im Untersuchungskollektiv zu finden ist, sondern nur vollendete Selbstmorde. Auch Koester (26) hat in seiner Untersuchung, die sich allerdings während der Jahre 1965 bis 1967 mit der unserigen überschneidet und nur die Zeit von 1962 bis 1964

zusätzlich erfasst, nur einen einzigen Selbstmordversuch bei acht Suiziden.

Von allen bisher untersuchten Krankheitsgruppen unterscheiden sich die Oligophrenen, ihr Anteil an den Suiziden beträgt nur 2,2 %, wobei wir uns sehr ernsthaft fragten, ob es sich hier wirklich um Selbstmordversuche und nicht um Unglücksfälle mit tödlichem Ausgang handelte. Selbst bei sehr genauem Studium der Krankenakten fanden sich hier keinerlei Hinweise für eine geplante Selbsttötung. Auch die Art der Ausführung liess eher auf einen Unglücksfall schliessen. Es stellt sich uns die Frage, ob Schwachsinnige überhaupt einen Selbstmordversuch vorausplanen können. Insgesamt war der Anteil der Oligophrenien an der Belegung in den Landeskrankenhäusern 30,8 %. Es handelte sich in unserer Untersuchung um die einzige Patientengruppe, die nicht als primär selbstmordgefährdet angesehen werden musste, zumindest nicht unter den Bedingungen der Anstaltsunterbringung.
Die Untersuchungen von Koester (26 + 27) bestätigten unser Untersuchungsergebnis.

Vergleicht man nochmals die Diagnosengruppen untereinander, so ist der Anteil der endogenen Psychosen der grösste, unter ihnen sind die Depressionen im Rahmen der Zyklothymie die selbstmordgefährdetste Patientengruppe. Bei den Alterspsychosen, bei den Suchten und den organisch bedingten psychischen Störungen ist der Anteil an den Selbstmordversuchen am geringsten. Die Selbstmordabsichten dieser Gruppe sind besonders ernst gemeint.
Im Gegensatz dazu stehen die Persönlichkeitsstörungen, die vergleichsweise den höchsten Anteil an den Selbstmordversuchen haben. Insgesamt müssen alle untersuchten Krankheitsgruppen, bis auf die Oligophrenien, die eine Sonderstellung einnehmen, zu den besonders suizidgefährdeten Gruppen gezählt werden. Die Frage also, ob es sich bei den Patienten der Landeskrankenhäuser um besonders suizidgefährdete Gruppen handelt, das heisst ob es sich bei der

erhöhten Suizidalität um das Ergebnis eines Selektionsprozesses handelt, wäre damit also zu bejahen.

Zu 2.: Wird eine Einweisung in ein Landeskrankenhaus auch heute noch als diskriminierend empfunden und schwerwiegende soziale Folgen haben?

Wieweit von einem Patienten die Tatsache, dass er in einem Landeskrankenhaus behandelt wurde, als diskriminierend empfunden wird, muss in dieser Untersuchung offen bleiben. Unsere diesbezüglichen Erfahrungen sprechen allerdings dafür, diese Überlegung bei der Frage, ob die Unterbringung in einem Landeskrankenhaus für den Patienten soziale Folgen hat, zu berücksichtigen. Auch heute noch werden Patienten der Landeskrankenhäuser als "verrückt" und geisteskrank von ihrer Umgebung abgestempelt. Und dies nicht nur von Personen, die keinerlei Kenntnisse der Landeskrankenhäuser haben, sondern auch oft von den Familienangehörigen der Patienten selber. Hier hat sich leider in der Einstellung der Öffentlichkeit in den letzten hundert Jahren nichts oder nur wenig geändert. In der Drucksache 7/4200 zur Lage der Psychiatrie heisst es zum Beispiel: In der Gesellschaft begegnet man häufig ablehnenden Ansichten und abwehrenden Verhaltensweisen gegenüber Psychischkranken und -behinderten, die nicht nur die Betroffenen selbst verspüren, sondern auch die Mitarbeiter derjenigen Einrichtungen, welche diese Personengruppen zu behandeln und zu betreuen haben." Wir würden beide Augen vor der Realität schliessen, würden wir behaupten wollen, eine Behandlung in einem Landeskrankenhaus würde mit der gleichen Selbstverständlichkeit hingenommen, wie zum Beispiel die Einweisung in eine Chirurgische Klinik. An dieser Stelle bedarf es wohl keiner komplizierten Beweisführung und der Aufzählung von Literaturstellen. Viele Autoren nehmen allerdings zu diesem Problem nur mit Umschreibungen Stellung, zum Beispiel, dass bei einem ernsthaften Selbstmordversuche eine Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus nicht zu umgehen

sei; nur wenige nennen die Dinge beim Namen, hierzu Bergener (53), der die Einstellung der Angehörigen von Alterspatienten im Landeskrankenhaus Düsseldorf untersuchte und feststellte, dass diese von ihren Angehörigen negativer beurteilt wurden, weil sie in einer psychiatrischen Anstalt behandelt werden mussten. "Bewertet wurde hier nicht der Patient, sondern in erster Linie dass Image der Institution".

Dass ungefähr ein Viertel aller Suizide innerhalb der ersten vier Wochen nach der Aufnahme geschah, erscheint einleuchtend (da hier erst mit der Behandlung der Erkrankung, die zur Einweisung geführt hatte und Ursache der Selbstmordgefährdung war, begonnen wurde, siehe Kapitel 1). Viel erschreckender musste die Zahl der Selbstmorde und Selbstmordversuche erscheinen, die bei Patienten stattfanden, die länger als ein halbes Jahr in den Landeskrankenhäusern stationär waren. Dies war mehr als ein Drittel, nämlich 37,5 % der hier untersuchten Fälle. Mussten nicht nach einer mehr als halbjährigen Behandlung bereits eine gewisse Entfremdung von der Familie, Verlust von Wohnung und Arbeitsplatz eine Rolle spielen? Was bedeutet es zudem für den Patienten, wenn er zum zweiten-, dritten- oder sogar viertenmal ins Landeskrankenhaus zur Behandlung gehen musste? Bedeutete nicht jede neue Einweisung eine erneute Entfremdung aus der normalen Umwelt? Mehr als ein Viertel der Suizidanten wurde viermal und noch mehr stationär behandelt. Zum zweiten Male zur Behandlung kamen 17,9 % und 20,1 % befanden sich zum dritten Male in einem Landeskrankenhaus. Nur 26 % der Selbstmörder war zum allerersten Male in stationärer Behandlung. Dass die grösste Zahl der Selbstmorde und Selbstmordversuche nicht bei der Erstaufnahme geschah, sondern dann wenn der Patient zum wiederholten Male zur Behandlung kam, lässt unserer Meinung nach an soziale Faktoren denken. An Hand der hier vorliegenden Untersuchungen wurde deutlich, dass sich zum Beispiel alle die Beziehungen ausserhalb der Krankenhäuser erheblich

gelockert hatten. Es war erschreckend, wie wenig familiäre Bindungen noch bestanden. Auch der hohe Anteil an ledigen Patienten, die 42,9 % des untersuchten Krankengutes ausmachten, erklärt sich zum Teil aus den vorausgegangenen Überlegungen, nämlich dass durch häufige und lange stationäre Behandlung persönliche Bindungen nicht entstehen können oder abreissen.

In insgesamt 65 Krankengeschichten wurden unmittelbar vor dem Selbstmord aktuelle Konflikte festgehalten, die mit Einschränkung als auslösende Faktoren für den Selbstmord angesehen werden konnten. Da sich hier die Angaben nur auf ein Drittel des Krankheitsgutes beziehen, lassen sie sich nur mit Vorsicht verwenden. Am häufigsten (10,3 %) wurden Familien- und Ehekonflikte angegeben. Wieweit diese nun als Folge der häufigen und langfristigen Behandlung anzusehen waren, bleibt offen, ebenso die Angaben über berufliche (3,8 %) und wirtschaftliche (1,1 %) Konflikte.

Pörksen (55) spricht von einer "dritten psychiatrischen Revolution", die auf der wachsenden Erkenntnis basiere, dass seelische Erkrankung nicht "die private organische Misere des Individuums, sondern eine soziales, ethisches und moralisches Problem" sei. Fried (nach Bergener 54) sieht den Menschen als "soziale Persönlichkeit", also als vor allem durch seine Umwelt beeinflusstes und gefährdetes Wesen.

Von den Suizidanten waren 73,4 % Wiederaufnahmen, das ist im Vergleich zum Durchschnittsbestand von 56,2 % recht hoch. Nur 10,3 % -also weniger als ein Drittel der Wiederaufnahmen- waren in der Zeit zwischen letzter Behandlung und jetziger Wiederaufnahme länger als zwei Jahre nicht in stationärer Behandlung. 34,2 %, etwas weniger als die Hälfte der wieder aufgenommenen Patienten, waren erst innerhalb der letzten drei Monate aus der früheren stationären Behandlung entlassen worden. Das heisst, dass sehr

schnell eine erneute stationäre Behandlung erfolgten musste.

Suizide traten nach unserer Untersuchung also nicht so häufig bei Patienten auf, die zum erstenmal in Behandlung und erst kurze Zeit in Therapie standen, sondern vor allem bei Patienten, die bereits mehrfach, schon länger und in kürzeren Abständen stationär behandelt werden mussten. KOester (27) sieht in den gestörten sozialen Bezügen die Ursache des tragischen Ausganges. Huber (22) weist ebenfalls auf die grosse Bedeutung sozialer Faktoren für die Entstehung, Verlauf, Prognose, Behandlung und Prävention psychischer Störungen hin. Ziel einer stationären Behandlung darf nicht die Lösung aller sozialen Bøindungen, sondern die Wiedereingliederung in die Gesellschaft im Sinne einer möglichst weitgehenden Rehabilitation sein. Seit bereits mehr als hundert Jahren ist bekannt, dass eine Situation der Isolierung und Entfremdung von den sozialen Bezügen, der Kontaktverlust mit der Aussenwelt, die geschlossene Unterbringung, das umfassende Sicherungs- und Bewahrungsprinzip der alten Heil- und Pflegeanstalten, der autoritär kasernenhafte Behandlungsstil, -der das Personal in die Rolle von Bewachern und den Patienten in die eines unmündigen passiven Objektes drängt und es dem Patienten unmöglich macht, an Entscheidungen über sich selbst teilzunehmen-, und schliesslich der Verlust normaler Arbeitsgewohnheiten abträglich und krankheitsfördernd sind. Alle diese Faktoren tragen dazu bei, die krankheitsbedingten Störungen und Persönlichkeitsveränderungen zu verstärken und zu fixieren. Es tritt eine sogenannte sekundäre Behinderung, das heisst ein Anstaltssyndrom auf. Erheblich verstärkend dabei ist die Einstellung der Öffentlichkeit, die weiterhin gegen psychische Krankheiten voreingenommen ist.

Zu 3.: Tragen die therapeutischen Methoden bis zu einem gewissen Grade zu den höheren Suizidraten bei?

48,8 % der Suizidanten begaben sich freiwillig in stationäre Behandlung. Dabei war der Anteil der Frauen noch wesentlich höher als der der Männer, nämlich 55,6 % zu 41,1 %. Bei ungefähr 50 % der Suizidanten handelte es sich also um Kranke, die selbst erkannt hatten, dass sie behandelt werden mussten; es handelte sich also um Patienten, bei denen eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie vorlag, nämlich die Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft. Wieso kam es dennoch zum Selbstmordimpuls? Koester (27, S. 25) fragt: "Ob der depressive oder schizophrene Kranke ... nicht durch unvermeidbare Eingriffe in seinen individuellen Lebensrhythmus und seine Tagesgestaltung sowie durch Einordnung in ein unstrukturiertes Kollektiv, das infolge der grossen Fluktuation in den Aufnahmeabteilungen keine tragfähigen gruppenpsychologischen Kräfte entwickeln kann, nicht erst im Krankenhaus zu dem endgültigen Entschluss zum Suizid provoziert wird. Inwieweit erlebt er mangelnde Zuwendung, fehlende Geborgenheit und in Routine und Überlastung erstarrte Hilfsbereitschaft als so enttäuschend, dass er resignierend in einer Fluchtreaktion verzweifelnd in einer brutal anmutenden Selbstvernichtung seine Suizidgedanken realisiert?" Die hohe Zahl der unter den Suizidanten gefundenen freiwilligen Patienten sprach dafür, dass der Patient, der krankheitseinsichtig zur Behandlung kam, nicht die Hilfe vorfand, auf die er gehofft hatte und die er dringend zu seiner Gesundheit brauchte.

Die Tatsache, dass 40,2 % der Patienten zur Zeit des Selbstmordes und Selbstmordversuches auf einer offenen Abteilung untergebracht waren, 31 % auf geschlossenen Wachstationen, 21,7 % auf halboffenen oder geschlossenen Stationen ohne ständige Wache, liess sich verschieden interpretieren. Einmal kann man daraus schliessen, wie schwierig die Abschätzung der Suizidalität für den

behandelnden Arzt ist (Koester und Engels 27), zum anderen, da ja fast ein Drittel der Suizide auf geschlossenen Stationen mit ständiger Wache stattfand, dass also auch auf einer geschlossenen Station mit ständiger Wache ein Suizid oder Suizidversuch nicht zu verhindern war. Gegner des "Open-door-System" könnten auch den für sie klaren Beweis führen, dass 69 % der Suizide ausserhalb der Wachbereiche stattfanden, womit für sie klar auf der Hand läge, dass offene Stationen die Ursache der Selbstmordgefährdung seien. Nun hat sich aber gezeigt, dass die Öffnung der Stationen, wenn gleichzeitig eine "fürsorgliche und rehabilitierende Heilatmosphäre" (Lange 28) besteht, zu keiner Zunahme des Selbstmordes führt. Eine Untersuchung durch Lange, die allerdings erst einen relativ kleinen Beobachtungszeitraum umfassen konnte, bestätigte, dass es zu keinem Anstieg der Suizidquote beim Open-door-System gegenüber der geschlossenen Stationsführung kam. Im Jahre 1965 veröffentlichte Ravn (34) eine Untersuchung aus einer Frauenabteilung im Staatshospital von Middelfort/Dänemark mit 474 Betten. Diese Abteilung wurde zunächst, und zwar in den Jahren 1945 bis 1953, nach sogenannten "altmodischen" Prinzipien geleitet, und zwar waren in dieser Zeit die Stationen mit 271 bis maximal 427 Patientinnen belegt. Während dieser Zeit, das heisst also über 9 Jahre, ereignete sich kein Selbstmord. Ab 1953 wurde dann mit der Einrichtung offener Abteilungen begonnen, wobei die jährliche Belegziffer sehr hoch, und zwar bis auf maximal 964 Patientinnen, anstieg. In der Zeit von 1953 bis 1964 waren dabei nur zehn Suizide zu verzeichnen. Diagnostisch ergab sich, dass von den Suizidantinnen fünf depressiv und fünf schizophren waren. Sieben Suizide ereigneten sich auf offenen Stationen, nur drei auf geschlossenen Abteilungen. Ravn zog daraus die beiden Schlüsse, dass sich erstens unter dem Einfluss der Psychopharmaka das Suizidrisiko mehr auf schizophrene Patienten verlagert habe und zweitens Kranke auf offenen Abteilungen einer besseren Überwachung bedürften. Lange (28) veröffentlichte 1966

eine gründliche Studie zur Suizidgefahr beim Open-door-System in psychiatrischen Einrichtungen, und zwar berichtete er über 13 Suizide im Bezirkskrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie in Mülhausen (Bezirk Erfurt) in den Jahren 1954 bis 1964 und ausserdem über zwei Suizide in der Psychiatrischen Klinik Dresden von 1962 bis 1965. Am häufigsten wurde dabei ein depressives Zustandsbild diagnostiziert, weiterhin pranoid-halluzinatorische Symptome bei Schizophrenie oder im Rahmen einer anderen Erkrankung. Der Autor berichtete von einer schrittweisen Umwandlung der geschlossenen Stationsführung zum Open-door-System und vertrat die Ansicht, dass im ODS keine erhöhte Suizidgefährdung vorliegt, wenn es unter therapeutischer Aktivität und nach vorhergehender Wandlung der inneren Heilatmosphäre vollzogen wird. Im Einzelfall sei der Suizid nicht vom Unterbringungsmodus abhängig. Trotzdem hielt jedoch Lange (28) eine vollständige Öffnung der psychiatrischen Krankenhäuser nach dem Vergleich des Mapperley-Hospitals aufgrund der regionalen Aufnahmeverbindlichkeiten und des unausgesuchten Krankengutes in Deutschland nicht für möglich. Ernst und Kern (10) führten bei über hundert Suiziden in der Zeit von 1900 bis 1972 eine Untersuchung durch. Sie stellten fest, dass sich in den Perioden nach der Abteilungsöffnung jedesmal eine Tendenz zur Zunahme der Suizide im Vergleich mit gleichlang vorangegangenen Perioden zeigte. Unabhängig davon war in dem von ihnen untersuchten Material die Suizidrate auf offenen Abteilungen grösser als auf geschlossenen. Bemerkenswert war bei dieser Studie, dass diese Selbstmorde nicht sofort nach der Abteilungsöffnung geschehen waren, wie man eigentlich erwarten sollte. Die Schlussfolgerung, die die Verfasser aus dieser Tatsache zogen, war, dass durch ein offenes Regime die innere und äussere Vereinsamung der Patienten begünstigt werden könnte, und dass zudem auf den offenen Stationen die Überwachung der Patienten weniger optimal sei, so dass die dem Suizid vorausgehende innere

und äussere Isolation nicht rechtzeitig erkannt wurde.

Von Ravn (34) wurde bereits die Frage aufgeworfen, wieweit moderne Medikamente Einfluss auf das Suizidrisiko haben. Medikamentenwirkung oder auch deren unerwünschte Nebenwirkungen dürften einen eingehenden Einfluss auf die Suizidrate haben. So kann es (Heinrich 17) im Rahmen depressiver Erkrankungen zu Stimulierungs- und Suizidhandlungen durch antidepressive Substanzen kommen. Der Patient wird durch eine thymoleptisch bedingte Antriebssteigerung in die Lage versetzt, den vorher durch die psychomotorische Hemmung neutralisierten Suizidimpulsen nachzugeben. Die Handlungsbereitschaft wird durch die Thymolepsie gesteigert, es kommt damit zu thymoleptischer Suizidermöglichung. Durch eine neuroleptische Dauertherapie hingegen können sich im späteren Verlauf depressive Herabgestimmtheiten entwickeln, wahrscheinlich als Folge der Verarmung an biogenen Aminen an den zentral-nervösen Synapsen. Diese pharmakogenen depressiven Verstimmungen sind als ernste Komplikationen der neuroleptischen Dauertherapie aufzufassen. Sie können so intensiv werden, dass sie zu Suizidversuchen führen (Kielholz 25, Scheid 42). Suizidversuche werden bei jahrelang neuroleptisch behandelten Patienten immer wieder einmal beobachtet.

Ein weiterer Punkt, der der Untersuchung wert schien, war festzustellen, zu welchem Zeitpunkt die Selbstmorde geschahen. Dies war allerdings bei 44,6 % der männlichen und 41,7 % der weiblichen Selbstmörder nicht mehr möglich. Bei diesem Prozentsatz waren die Suizide bis auf einige Fälle ausserhalb der Landeskrankenhäuser erfolgt. Auf den ersten Blick erschien es uns erstaunlich, dass die meisten Selbstmorde, die untersucht werden konnten, zwischen 8 Uhr morgens und 20 Uhr abends stattfanden. In den frühen Morgenstunden, das heisst zwischen 4 und 8 Uhr, haben 18,3 % der hier untersuchten Selbstmorde und Selbstmordversuche stattgefunden. Man muss annehmen, dass hier drei Dinge zusammenkommen: einmal das Morgentief der endogen-depressiven Patienten, zum anderen die Ermüdung und

nachlassende Aufmerksamkeit des Pflegepersonals und drittens die nachlassende Medikamentenwirkung. Immer wieder wird -vielleicht aus Bequemlichkeit oder Unwissenheit- die Nachtarznei viel zu früh, häufig schon vor 17 Uhr, verteilt. Oft muss mit dieser Medikation eine Zeit von 15 Stunden und mehr überbrückt werden. Die Morgen- und Mittagsarznei wird dafür oft nur mit Abständen von wenigen Stunden ausgegeben. Auf diese Weise entsteht oft für den Arzt ein völlig falscher Eindruck von dem Patienten. Dieser, zum Beispiel ein Psychotiker, verhält sich unter der artefiziell hohen Tagesmedikation unauffällig, die Wirkung der verordneten Arznei lässt dann aber bis zum Ende der Nacht stark nach. Die "besten Voraussetzungen" für einen Selbstmord kommen also zum gleichen Zeitpunkt zusammen. Es sollte also auf eine gleichmässige Verteilung besonders antipsychotischer und sedierender Medikamente über 24 Stunden geachtet werden. Es ist nämlich erstaunlich, dass "nur" 23,1 % der Suizide in den frühen Nachtstunden, nämlich zwischen 20 bis 4 Uhr morgens stattfanden. Dem standen in einem Zeitraum, der nur die Hälfte des vorgenannten betrug, 18,3 % der Suizide gegenüber. Warum die meisten Suizide tagsüber passierten, erscheint ebenfalls einleuchtend: tagsüber ist es sehr viel einfacher, der Aufmerksamkeit seiner Mitpatienten und der Schwestern und Pfleger zu entgehen, die dann oft durch andere Vorfälle auf den Stationen abgelenkt werden.

Bei den untersuchten 184 Fällen wurde fünfmal pflegerisches Versagen angeklagt, aber in keinem Falle ärztliches. Es ist eigentlich keine Frage, welches das kleinere Vergehen ist, zum Beispiel aus Unachtsamkeit eine Tür offen zu lassen oder aber als Stationsarzt bei der Diagnostik des Suizidrisikos zu versagen. Bedenken sollte man aber hier doch, dass es selbst für den erfahrenen und gewissenhaften Arzt äusserst schwierig ist, die Aktualität eines Krankheitsbildes und den mit Medikamenten scheinbar abgeschirmten und ausgeglichenen Kranken zu beurteilen. "Hier scheint selbst langjähriger ärztlicher

Erfahrung, subtilem Einfühlungsvermögen und grösstmöglicher Bereitschaft, zu verstehen und den Patienten in seinem Kranksein zu akzeptieren, Grenzen gesetzt" (Koester 27). Ein gewisses Risiko lässt sich zudem bei der Behandlung nicht ausschliessen. Man kann keinen Patienten, selbst wenn er einen recht ernsthaften Suizidversuch gemacht hat, ständig auf einer geschlossenen Station halten und über Monate und Jahre alle Urlaube und Ausgänge vor lauter Angst, -dass ein erneutes Selbstmordgeschehen stattfinden würde-, völlig unterbinden. Dies kann auch keinesfalls der Sinn einer psychiatrischen Behandlung sein. Ohne ein gewisses Risiko wird man in der Behandlung selbstmordgefährdeter Patienten nie auskommen. Aber um mit Kästner zu sprechen, "Leben ist immer lebensgefährlich", das heisst, wenn unser Patient irgendwann einmal wieder lebens- und nicht anstaltsfähig werden soll, muss dieses Risiko eingegangen werden. Bei der weiteren Untersuchung, nach dem Verschulden der Selbstmorde fanden sich drei Fälle, die zu Lasten von organisatorischen Mängeln, neun, die zu Lasten von ungenügenden Sicherheitsvorkehrungen gingen. In den letzteren Fällen war es den Patienten gelungen, aus einem "nicht genügend gesicherten Fenster" zu springen. Nun ist es aber fast unmöglich, ein Fenster so zu sichern, dass es nicht von einem kräftigen Mann geöffnet werden kann, -oder dass der Verschluss nicht mit Hilfe von eingeschmuggelten Werkzeugen zu öffnen ist-, ohne das Fenster völlig zu vergittern. Dass der Weg zur Abnahme der Suizidrate nicht durch eine genauere Überwachung und Sicherung der Patienten führen kann, wird unserer Meinung nach durch den Vergleich zwischen Tötungsmitteln und stationärer Unterbringung gezeigt. Bereits Donalis (7) berichtete über den Zusammenhang zwischen Greifbarkeit eines Tötungsmittels und seiner Anwendungshäufigkeit. In den Landeskrankenhäusern bedeutet das, je weniger der Patient Kontakt nach draussen und damit die Möglichkeit des Bezugs von Tötungsmitteln von dort hat und je genauer er überwacht wird, desto primitiver sind die

Suizidmethoden und desto schneller wird der Suizid durchgeführt. In unserer Untersuchung zeigt sich, dass auf den Wachstationen nur Suizide durch Erhängen vorkommen, eine Todesart, zu der immer die Mittel greifbar sind, zum Beispiel durch ein Bettuch, Strumpf, Handtuch usw., und wobei der Todeseintritt bereits nach 30 Sekunden sein kann. Bürger-Prinz (5) berichtete u.a. in seinen Lebenserinnerungen über den Suizid eines Patienten, dem es trotz intensivster und ständiger Überwachung durch Sonderpfleger, die keine andere Aufgabe hatten, als auf diesen Patienten aufzupassen, gelang, sich im Beisein der Pfleger unter der Bettdecke erhebliche Schnittverletzungen beizubringen.

Der wichtigste Faktor bei der Behandlung eines suizidgefährdeten Patienten ist aber die Kenntnis des Patienten selbst, das Wissen um seine Vorgeschichte, seine Persönlichkeit und den Krankheitsverlauf; Dinge, die eigentlich selbstverständlich sein sollten. Verglich man aber die nach Köln gegangenen Berichtsbögen mit der Krankheitsgeschichte, so fanden sich hier oft unterschiedliche Angaben, zum Beispiel bei den Angaben von Selbstmordversuchen in der Vorgeschichte. Hier schien es sich weniger um bewusste Korrekturen zu handeln, sondern ganz einfach um "Nichtwissen" dieser Vorgänge. Bei genauem Studium der Krankengeschichten liess sich bei 30,4 % der Männer und 56,9 % der Frauen mindestens ein Selbstmordversuch in der Vorgeschichte nachweisen, also bei 40,8 % der Suizidanten, obwohl in den nach Köln genannten Meldungen kaum Selbstmordversuche in der Vorgeschichte angeführt wurden. Böcker (52) schreibt, dass 40 % aller Menschen, die durch Suizid ums Leben kommen, Suizidversuche in der Vorgeschichte haben. Selbstmordversuche in der Anamnese müssen daher mit Sicherheit für den Arzt ein ganz entscheidender Hinweis für die Selbstmordgefährdung des Patienten sein (Ringel 39, Wagner 48). Ganz besonders bei den Psychotikern fängt oft jeder neue Krankheitsschub mit einem erneuten sehr ernsthaften

Suizidversuch an, wie es sich auch durch das genaue Studium der Krankengeschichte bestätigte. Wenn man die nach Köln gelangten Berichtsbögen durchlas, schienen die Selbstmordversuche in der Vorgeschichte ihrer Bedeutung nach unterschätzt worden zu sein. An dieser Stelle kann nicht deutlich genug darauf hingewiesen werden, dass die Patienten, die einen Selbstmordversuch hinter sich haben, immer zu den selbstmordgefährdeten Personen gerechnet werden müssen. Jeder Suizidversuch in der Vorgeschichte muss als ernsthafter Hinweis dafür genommen werden, dass der Patient bei jeder Veränderung des Krankheitsbildes oder bei einem nahen Krankheitsschub erneut suizidgefährdet ist.

Zu 4.: Was kann getan werden, um die Suizidalität in den Landeskrankenhäusern zu verringern?

Bei 181 Selbstmorden in 10 Jahren entfallen auf ein Landeskrankenhaus 3 Selbstmorde im Jahr. Die Anzahl der Fälle ist zu gering, um etwas über Zu- oder Abnahme der Häufigkeit von Suiziden in unserem Untersuchungszeitraum auszusagen. In dieser Arbeit wurde bisher untersucht, weshalb die Suizidrate der Rheinischen Landeskrankenhäuser vergleichsweise höher ist als die der Wohnbevölkerung Nordrhein-Westfalens. Die wichtigere Frage scheint uns aber zu sein, was gegen diese hohe Suizidrate zu tun ist? Die Tatsache, dass besonders suizidgefährdete Gruppen zur Behandlung in die Landeskrankenhäuser kommen, wird sich auch in Zukunft nicht ändern. Die Einstellung unserer Gesellschaft, die mit dem Image einer psychiatrischen Institution ein emotional stark negativ besetzten Vorstellungskomplex verbindet, wird die nächsten Jahre überdauern. Mit einer gemeindenahen Psychiatrie werden auch nicht alle ungünstigen sozialen Folgen einer langdauernden und häufigen psychiatrischen Behandlung auszuschliessen sein. Unser dringendstes Problem scheint die Verbesserung der Umweltbedingungen und Behandlungsmethoden in den Landeskrankenhäusern zu sein. Damit, die Patienten noch perfekter zu kontrollieren und zu überwachen, wird eher das Gegenteil

des gewünschten Erfolges erreicht (Weil 51), das heisst zu intensive Kontrolle und Überwachung führt zu Abwehrmechanismen, die schliesslich zu einer Ablehnung der Therapie führen (Huber 22). Fällt aber ein Teil der Bewegungsbeschränkung weg, so wird in dem Patienten der Glaube verstärkt, dass die Behandlung zu seinem eigenen Wohlergehen und im Interesse seiner Gesundheit erfolgt. Die Öffnung der Stationen darf nicht eine formale Massnahme bleiben, ist sie dies allein, kommt es mit Sicherheit zu einem Anstieg der Suizidrate. Wenn Ernst und Kern (10) sowie Petri (32) beim "Open-door-System" einen Anstieg der Selbstmordziffern feststellen, so sind diese Untersuchungen eine deutliche Warnung davor, die Öffnung der Abteilung ohne die nötige innere Vorbereitung zu vollziehen. Wenn mehr Freiheit mit weniger Zuwendung und Betreuung zu bezahlen ist, der Patient noch mehr sich selbst, seinen Problemen und seiner Krankheit überlassen wird, so ist er auf einer geschlossenen Station mit weniger Freiheit besser aufgehoben. Therapeutisch und prophylaktisch handelt es sich vor allem darum, dass die dem Suizid vorangehende innere und äussere Vereinsamung rechtzeitig erkannt wird. Es ist falsch zu glauben, dass Selbstmordversuche ohne Vorzeichen geschehen, und dass der, der vom Selbstmord redet, sich nicht umbringt. Bei ungefähr Zweidrittel aller Selbstmorde wurden retrospektiv eindeutige Signale und verbale Ankündigungen erinnert (Linden 29, Ringel 36, 39, 40). Viele Suizidanten haben vorher ganz offen über ihre Selbsttötungsabsichten gesprochen. Für die Abschätzung der Gefährdung ist daher die Kenntnis der Entwicklung des Suizidvorsatzes von grosser Bedeutung. Sie zeigt vor allem bei dem nicht-psychotischen Selbstmord gewisse Charakteristika, die von Ringel (40) als "präsuizidales Syndrom" beschrieben werden. Dieses präsuizidale Syndrom hat drei Phasen:
1. Einengung des Gefühls und des Bewusstseinshorizontes, passiver Rückzug auf sich selbst, Entwicklung des Gefühls der Einsamkeit, Sinnlosigkeit und Ausweglosigkeit.

2. zunehmende Entwicklung vom starken, aber ohnmächtigen Aggressionen -der innere Vorwurf gegen die anderen verbindet sich mit schmerzlicher Resignation.
-Besonders in dieser Phase wird die Selbstmordabsicht der Umgebung mitgeteilt-.
3. Flucht in eine Phantasiewelt, Suizidphantasien, masochistisch-lustvolles Ausmalen der Folgen für die anderen und der ihnen durch den eigenen Selbstmord entstehenden Leiden.

Das Ende dieser Phase wird als "Ruhe vor dem Sturm" gekennzeichnet und am häufigsten verkannt, weil der Patient hier nach aussen hin unauffällig ist, obwohl der Selbstmord in dieser Phase geplant und vorbereitet wird. Hinter manchem "stillen" Kranken verbirgt sich ein potentieller Selbstmörder. Unerlässlich ist daher die Kenntnis dieser Suizidvorzeichen, das heisst dieser drei Phasen des präsuizidalen Syndroms.

Wichtig besonders bei der Behandlung der suizidgefährdeten Patienten ist zudem der Abbau der Diskriminierung, die Patienten, die Selbstmordversuche gemacht haben, erleiden müssen. Auch bei Ärzten und Pflegepersonal herrscht oft noch die Meinung, dass ein Suizidversuch "nur demonstrativ" sei, dass es sich hier um einen "Psychopathen" handele und "solchen Leuten nicht zu helfen" sei. Hier handelt es sich um eine inhumane Einstellung unserer Leistungsgesellschaft, die immer mehr zu einer Reduktion tragfähiger zwischenmenschlicher Beziehungen durch die Isolierung des einzelnen in der "einsamen Masse" führt (Bauer u.a., 57). Wichtig erscheint uns auch die bessere Ausbildung nicht nur des behandelnden Arztes, sondern ganz besonders die des Pflegepersonals, das viel länger und häufiger mit den Patienten zusammen ist und dessen Kenntnisse über das Wesen psychischer Störungen oft erschreckend gering sind.

Am allerwichtigsten scheint uns aber die Herstellung einer tragfähigen zwischenmenschlichen Beziehung zu sein. Wir haben im Suizidanten oft einen vereinsamten Patienten, der von Partner und anderen Bezugspersonen abgelehnt wird und deren ablehnende Haltung auch durch ärztliche Aufklärung und Einbeziehung in die Therapie weiterhin unkorrigierbar bleibt. Der selbstmordgefährdete Patient leidet oft unter persönlichkeitsbedingten oder krankhaften Beziehungsstörungen. Hier ist die wichtigste Therapie die Herstellung einer tragfähigen zwischenmenschlichen Beziehung durch eine sich nicht versagende Bezugsperson. Wenn sich der behandelnde Arzt als diese Bezugsperson anbietet, sind wir einen grossen Schritt weiter in der Behandlung unserer Patienten. Sollte es uns aber sogar gelingen, alle Personen, die mit suizidgefährdeten Patienten umgehen, zu lehren, eine therapeutisch-tragfähige Beziehung aufzubauen, so wären wir einen Sieben-Meilen-Schritt weiter in der Humanisierung der Behandlung psychiatrisch Kranker.

IV. Zusammenfassung

Die Patienten der Landeskrankenhäuser gehören zu den besonders selbstmordgefährdeten Gruppen. Der Anteil der endogenen Psychosen an den Suiziden ist am grössten, unter ihnen sind die Depressionen im Rahmen der Zyklothymie die selbstmordgefährdetste Patientengruppe. Bei den Alterspsychosen, den Suchten und den organisch bedingten psychischen Störungen ist der Anteil an Selbstmordversuchen mit tödlichem Ausgang besonders hoch, im Gegensatz zu den Persönlichkeitsstörungen, die den grössten Anteil an appellativen Selbstmordversuchen haben. Suizide traten vor allem bei Patienten auf, die bereits mehrfach, schon länger und in kürzeren Abständen behandelt werden mussten, die Ursache muss in dem gestörten sozialen Bezugssystem gesehen werden. Erheblich verstärkend ist dabei die Einstellung der Öffentlichkeit, die weiterhin gegen psychisch Kranke voreingenommen ist. Die Öffnung der Stationen, wenn gleichzeitig eine "fürsorgliche und rehabilitierende Heilatmosphäre" besteht, führt zu keinem Anstieg der Suizide. Medikamentenwirkungen und Nebenwirkungen sowie eine ungleichmässige Verteilung der Arznei über 24 Stunden, tragen zum erhöhten Selbstmordrisiko bei. Am gefährdetsten sind die Patienten in den frühen Morgenstunden. Der Weg zur Abnahme der Suizidalität kann nicht in einer noch genaueren Überwachung und Sicherung der Patienten bestehen, sondern in einer Verbesserung der Umweltbedingungen und Behandlungsmethoden. Am allerwichtigsten in der Behandlung der selbstmordgefährdeten Patienten ist die Herstellung tragfähiger therapeutischer Beziehungen durch sich nicht versagende Bezugspersonen.

Literaturverzeichnis

1. Alsen V. — Selbstmord und Selbstmordversuch in der Klinik. Vortrag: Tagung der Gesellschaft Nord- und Norwestdeutscher Neurologen und Psychiater. Lübeck 1969

2. Bappert W. — Die Zunahme der Suizidversuche und ihre seelischen Hintergründe. Münch.Med.Wschr.104, 2408-2413 (1962)

3. Berner P. — Deutscher Kongress für ärztliche Fortbildung Berlin 74. Selecta 3, 193-198 (1975)

4. Bister W. — Das Motivationsproblem bei der Selbstmordhandlung. Jb. Psychol. Psychother.13, 45-50 (1969)

5. Bürger-Prinz H. — Ein Psychiater berichtet. Droemer Knaur 1973

6. Dahlgreen K.G. — On suicide an attempted suicide. Lindstadts, Lund 1945

7. Donalies G. — Voraussetzungen und Bedingungen der Selbstmordmittelwahl. Der Nervenarzt 119-123 (1961)

8. Dubitscher F. — Lebensschwierigkeiten und Selbsttötung. Beratung und Vorbeugung Georg Thieme 1971

9. Engels G. — siehe Koester und Engels

10. Ernst K. und Kern R. — Suicidstatistik und freiheitliche Klinikbehandlung 1900-1972 Archiv.Psychiatr. und Nervenheilkunde 219, 255-263 Springer 1974

11. Feudell P. Epikrise zu 700 Selbstmordversuchen. Psych.Neurol. und Med. Psychol. 4, 147 (1965)

12. Feuerlein W. Selbstmordversuch oder parasuicidale Handlung? Nervenarzt 42, 127-130 (1971)

13. Gedicke K. Zur Reform der Psychiatrie in Nordrhein-Westfalen. Spektrum 4, 147-156 (1976)

14. Gruhle H. Der Selbstmord. Georg Thieme 1940

15. Grüneberg F. Suicidversuche mit Hypnotika, Psychopharmaka und Analgetika. Der Internist 13, 209-215 (1972)

16. Hagenbuchner K. Der Selbstmord des alten Menschen. Materia Media Nordmark 58 (1967)

17. Heinrich K. Psychopharmaka in Klinik und Praxis. Georg Thieme Stuttgart (1976)

18. Heinrich M. Selbstmord -ein Problem unserer Zeit Positionen und Defizite in der Suizidforschung und Suizidprophylaxe. Ärztl. Praxis 27, 3075-76 (1975)

19. Henseler H. Narzisstische Krisen / Zur Psychodynamik des Selbstmordes. rororo-studium 1974

20. Henseler H. Ein psychodynamischer Deutungsversuch des präsuicidalen Syndroms. Der Nervenarzt 45, 238-243 (1974)

21. Hirschfeld M. Analyse der in den Jahren 1919-1929 aufgenommenen Selbstmordfälle. Psychiatr.neurol.Wschr. 34, 229 (1932)

22. Huber G. Psychiatrie
Schattauer 1974

23. Im Obersteg J. Das Selbstmordproblem in der gerichtlichen Medizin.
Schweiz.Med.Wschr. 106,
969 (1964)

24. Kielholz, P. Diagnose und Therapie der Depression für den Praktiker.
J.F. Lehmanns, München 1967

25. Kielholz P. Depressionsdiagnostik und -therapie als Beitrag zur Selbstmordverhütung.
H. Huber Bern 1969

26. Koester H. Möglichkeiten und Grenzen der Freizügigkeit in der stationären Behandlung psychisch Kranker.
Der Nervenarzt 40. Jg. Heft 9,
421-429 (1969)

27. Koester H.
Engels G. Gelungene Suicide im Psychiatrischen Krankenhaus.
Zeitschr. für Präventivmedizin 15,
19-26 (1970)

28. Lange E. Die Suicidgefahr beim Open-door-System (ODS) in stationären psychiatrischen Einrichtungen.
Soc.Psychiat. Vo/1, No.2
64-72 (1966)

29. Linden K.J. Der Suizidversuch.
Versuch einer Situationsanalyse.
F. Enke Verlag Stuttgart (1969)

30. Menninger K. Man against himself.
New York Hartcourt, Brace 1938

31. Parnitzke K.H. Bemerkungen zum Selbstmordgeschehen der letzten Jahre Zwingmann Ch.
(hsrg.) Selbstvernichtung.
Frankfurt Akad.Verl.Ges. 1965

32. Petri H. Zum Problem des Selbstmordes in psychiatrischen Kliniken. Z. Psychother.med.Psychol. 20 10-19 (1970)

33. Pöldinger W. Die Abschätzung der Suizidalität. H. Huber Bern 1968

34. Ravn J. Selbstmord in einem psychiatrischen Krankenhaus. Z. Präv.Med. 10, 513-514 (1965)

35. Retterstöl N. Suicidalproblematik in Norwegen. Neurol. und Psychiatr. 43, 42-50 (1975)

36. Ringel E. Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem. Hollinek 1961

37. Ringel E. Der gegenwärtige Stand der Selbstmordprophylaxe. Deutsches Ärzteblatt 22, 1411-1418 (1972)

38. Ringel E. Möglichkeiten der Selbstmordverhütung. H. Huber Bern 1969

39. Ringel E. Selbstmord - Appell an die Anderen. Kaiser / Grunewald 1974

40. Ringel E. Selbstmord - Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung. Mandrich Wien 1953

41. Ritzel G. Beitrag zum Suizid in psychiatrischen Kliniken. Fortschr.Neurolog. Psychiatr.42, 38-50 (1974)

42. Scheid und Gibbels E. Therapie in der Neurologie und Psychiatrie. Georg Thieme Stuttgart 1969

43. Siegmund G. — Sein oder Nichtsein -Die Frage des Selbstmordes. Paulinus Verl. Trier 1970

44. Stelzner H. — Analyse von 200 Selbstmordfällen nebst Beitrag zur Prognostik der mit Selbstmordgedanken verknüpften Psychosen. S. Faber Berlin 1906

45. Stengel E. — Grundsätzliches zum Selbstmordproblem. H. Huber Bern 1906

46. Stengel E. — Suicide and attempted suicide. Penguin Books 1964

47. Thomas K. — Handbuch der Selbstmordverhütung. Enke Verl. 1964

48. Wagner J. — Selbstmord und Selbstmordverhinderung. C.F. Müller Juristischer Verlag Karlsruhe 1975

49. Weitbrecht H.J. — Zur Psychopathologie des Suicids bei endogenen Psychosen. Med.Welt 1059-1064 (1974)

50. Weichbrodt R. — Der Selbstmord. Basel 1937 Kap. Selbstmordarten 144

51. Weil P.L. — Freiheit im psychiatrischen Krankenhaus. Fortschr.Neurol.Psychiat.24 568-577 (1956)

52. Böcker F. — Selbstmordverhütung - ein dringendes Problem. Medizin 5, 24 (1977) 2693-2696

53. Bergener M. — Zum Problem sozialer und sozialpsychologischer Faktoren in der Pathogenese psychischer Störungen des höheren Lebensalters. Habilitationsschrift Düsseldorf 1970

54. Drucksache — 7 / 4200 Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland 1975

55. Förksen N. — Die 3. psychiatrische Revolution. Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene 6, 146 (1968)

56. Hessö R. — Suicide in Norwegian, Finnish and Swedish Psychiatric Hospitals Arch.Psychiat. Nervenkr. 224, 119 - 127 (1977)

57. Bauer u.a. — Psychiatrie, Psychosomatik. Psychotherapie 2. Aufl. Thieme (1976)

Literatur zur statistischen Methode

58. Heller, Kurt Rosemann, Bernhard — Planung und Auswertung empirischer Untersuchungen. Ernst Klett Verlag Stuttgart 1974

59. Sachs, Lothar — Statistische Auswertungsmethoden. Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New York 1968

Tabelle : 1

Suizide und Suizidversuche von 1965 bis 1974 in den Rheinischen Landeskrankenhäusern
Diagnostische Gliederung (Vergleich mit dem Durchschnittsbestand)

Diagnose (1)	Männer S/SV n	Männer S/SV %	Männer GG %	Frauen S/SV n	Frauen S/SV %	Frauen GG %	Insgesamt S/SV n	Insgesamt S/SV %	Insgesamt GG (2) %
AltPs	12	10,71	6,06	8	11,11	13,37	20	10,87	9,68
Sucht	13	11,61	9,84	1	1,39	4,28	14	7,61	7,09
Schiz	59	52,68	30,00	35	48,61	35,45	94	51,08	32,70
MaDep	4	3,57	0,72	14	19,44	3,18	18	9,78	1,94
PerSt	8	7,14	3,36	11	15,28	2,32	19	10,33	2,84
Oligo	3	2,68	37,11	1	1,39	24,29	4	2,17	30,76
OrgPs	13	11,61	12,92	2	2,78	17,12	15	8,15	14,99
Summe	112	100	100= 6109	72	100	100= 5983	184	100	100= 12092

Signifikanz- (KULLBACK's 2 $\hat{I}$-) Tests:

auf Homogenität (Männer und Frauen):

GG = Durchschnittsbestand: $2\hat{I} = 645{,}421 > 22{,}45 = \chi^2_{6;\,0{,}001}$ ***

S/SV = Untersuchungsgruppe : $2\hat{I} = 24{,}859 > 22{,}45 = \chi^2_{6;\,0{,}001}$ ***

auf Anpassung (Untersuchungskollektiv gegen Durchschnittsbestand)

Männer : $2\hat{I} = 89{,}373 > 22{,}45 = \chi^2_{6;\,0{,}001}$ ***

Frauen : $2\hat{I} = 93{,}409 > 22{,}45 = \chi^2_{6;\,0{,}001}$ ***

Insgesamt : $2\hat{I} = 155{,}859 > 22{,}45 = \chi^2_{6;\,0{,}001}$ ***

Erläuterungen:

(1) Diagnose: AltPs: Psychische Störungen des höheren Lebensalters
Sucht: Alkoholismus und andere Süchte
Schiz: Schizophrener Formenkreis
MaDep: Manisch-Depressive Krankheit
PerSt: Persönlichkeit-, Verhaltensstörungen
Oligo: Schwachsinnszustände
OrgPs: Organisch bedingte psychische Störungen

(2) Kollektive:
S/SV : Untersuchungsgruppe der Suizidanten
GG : Grundgesamtheit (Durchschnittsbestand in den betroffenen Landeskrankenhäusern 1965 - 1974)

Tabelle : 2

Suizide und Suizidversuche von 1965 bis 1974 in den Rheinischen Landeskrankenhäusern

Diagnose, Ereignisart (SV/SM) und Geschlecht

Diagnose		Männer			Frauen			Insgesamt		
	SV/SM/S/SV	n	%	%	n	%	%	n	%	%
AltPs	SV	1	8,33	8,33	1	4,76	12,50	2	6,06	10,00
	SM	11	11,00	91,67	7	13,73	87,50	18	11,92	90,00
	S/SV	12	10,71	100	8	11,11	100	20	10,84	100
Sucht	SV	2	16,67	15,38	.	.	.	2	6,06	14,29
	SM	11	11,00	84,62	1	1,96	100	12	7,95	85,71
	S/SV	13	11,61	100	1	1,39	100	14	7,61	100
Schiz	SV	6	50,00	10,17	12	57,14	34,29	18	54,55	19,15
	SM	53	53,00	89,83	23	45,10	65,71	76	50,33	80,85
	S/SV	59	52,68	100	35	48,61	100	94	51,09	100
MaDep	SV	1	8,33	25,00	3	14,29	21,43	4	12,12	22,22
	SM	3	3,00	75,00	11	21,51	78,57	14	9,27	77,78
	S/SV	4	3,57	100	14	19,44	100	18	9,78	100
PerSt	SV	2	16,67	25,00	4	19,05	36,36	6	18,18	31,58
	SM	6	6,00	75,00	7	13,73	63,64	13	8,61	68,42
	S/SV	8	7,14	100	11	15,28	100	19	10,33	100
Oligo	SV	-	-	-	1	4,76	100	1	3,03	25,00
	SM	3	3,00	100	-	-	-	3	1,99	75,00
	S/SV	3	2,68	100	1	1,39	100	4	2,17	100
OrgPs	SV	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	SM	13	13,00	100	2	3,92	100	15	9,33	100
	S/SV	13	11,61	100	2	2,76	100	15	8,15	100
SUMME SV	abs.	12	100	10,71	21	100	29,17	33	100	17,93
	%	36,36			63,64			100		
SM	abs.	100	100	89,29	51	100	70,83	151	100	82,07
	%	66,23			33,77			100		
S/SV	abs.	112	100	100	72	100	100	184	100	100
	%	60,87			39,13			100		

SV: Suizidversuch; SM: vollendeter Suizid; S/SV: Summe

Signifikanz- (KULLBACK's 2 $\hat{I}$ -) Tests:

auf Homogenität (SV/SM)

Männer: $2\hat{I} = 1{,}932$)

Frauen: $2\hat{I} = 0{,}932$) $< 12{,}59 = \chi^2_{6;\,0{,}05}$

Insges.: $2\hat{I} = 7{,}510$)

n.s.

n.s.

n.s.

Tabelle : 3

Suizide und Suizidversuche von 1965 bis 1974 in den Rheinischen Landeskrankenhäusern

Altersgliederung (Vergleich mit dem Durchschnittsbestand)

Alter ab ... Jahre	Männer S/SV n	%	GG %	Frauen S/SV n	%	GG %	Insgesamt S/SV n	%	GG (1) %
0	3	2,68	12,13	1	1,39	6,90	4	2,17	9,54
21	18	16,07	14,26	10	13,89	6,74	28	15,22	10,54
31	32	28,57	20,43	15	20,83	12,03	47	25,54	16,28
41	28	25,00	18,74	18	25,00	16,68	46	25,00	17,72
51	16	14,92	13,75	17	23,61	17,90	33	17,93	15,80
61	10	8,93	13,39	9	12,50	19,40	19	10,33	16,37
71	5	4,46	7,30	2	2,78	20,34	7	3,80	13,75
Summe	112	100	100= 6109	72	100	100= 5983	184	100	100= 12092

Signifikanz- (KULLBACK's $2\hat{I}$-) Tests:

auf Homogenität (Männer und Frauen):

GG = Durchschnittsbestand: $2\hat{I} = 881{,}968 > 22{,}45 = \chi^2_{6;\ 0{,}001}$ ***

S/SV = Untersuchungsgruppe : $2\hat{I} = 4{,}492 < 12{,}59 = \chi^2_{6;\ 0{,}05}$ n.s.

Auf Anpassung (Untersuchungskollektiv gegen Durchschnittsbestand)

Männer : $2\hat{I} = 19{,}735 > 16{,}81 = \chi^2_{6;\ 0{,}01}$ **

Frauen : $2\hat{I} = 34{,}471 > 22{,}45 = \chi^2_{6;\ 0{,}001}$ ***

Insgesamt : $2\hat{I} = 54{,}920 > 22{,}45 = \chi^2_{6;\ 0{,}001}$ ***

(1) S/SV : Untersuchungsgruppe der Suizidanten

GG : Grundgesamtheit (Durchschnittsbestand in den betroffenen Landeskrankenhäusern) 1965 - 1974

Tabelle : 4

Suizide und Suizidversuche von 1965 bis 1974 in den Rheinischen Landeskrankenhäusern

Verweildauer (VD)

VD	Männer		Frauen		Insgesamt	
	n	cf%	n	cf%	n	cf%
1 - 7 Tage	5	4,46	10	13,89	15	8,15
1 - 2 Wochen	3	7,14	3	18,06	6	11,41
2 - 4 Wochen	12	17,86	9	30,56	21	22,83
1 - 3 Monate	21	36,61	17	54,17	38	43,48
3 - 6 Monate	23	57,14	12	70,83	35	62,50
6 - 12 Monate	18	73,21	5	77,78	23	75,00
1 - 2 Jahre	10	82,14	4	83,33	14	82,61
2 - 5 Jahre	8	89,29	7	93,06	15	90,76
$\geq$ 5 Jahre	12	100	5	100	17	100

cf% = Prozentsumme (aufaddierte Prozentanteile)

Die Zentralwerte (Mediane) der Verweildauer:

Männer : 150 Tage
Frauen : 79 Tage
Insgesamt: 122 Tage

Signifikanz- (KULLBACK's $2\hat{I}$ -)Test:

auf Homogenität (Männer und Frauen):

$$2\hat{I} = 228{,}381 > 26{,}12 = \chi^2_{8;\ 0{,}001} \quad ***$$

Tabelle : 5

Suizide und Suizidversuche von 1965 bis 1974 in den Rheinischen Landeskrankenhäusern

Zahl der stationären Behandlungen ($N_{st.B.}$)

$N_{st.B.}$	Männer S/SV n	Männer S/SV %	Männer GG %	Frauen S/SV n	Frauen S/SV %	Frauen GG %	Insgesamt S/SV n	Insgesamt S/SV %	Insgesamt GG %
1	32	28,57	41,56	17	23,61	46,00	49	26,63	43,76
2	22	19,64	24,72	11	15,28	21,85	33	17,93	23,93
3	22	19,64	14,21	15	20,83	11,88	37	20,11	13,06
4	5	4,46	8,32	9	12,50	7,39	14	7,61	7,86
5	10			7			17		
6	12			4			16		
7	1	26,79	11,20	3	27,78	12,89	4	27,17	12,03
8	-			3			3		
≥ 9	7			3			10		
unbek.	1	0,89	-	-	-	-	1	0,54	-
Summe	112	100	100	72	100	100	184	100	100

Signifikanz- (KULLBACK's $2\hat{I}$-) Tests:

auf Homogenität (Männer und Frauen):

GG = Durchschnittsbestand: $2\hat{I} = 47{,}336 > 18{,}46 = \chi^2_{4;\,0{,}001}$ ***

S/SV = Untersuchungsgruppe : $2\hat{I} = 4{,}533 < 9{,}48 = \chi^2_{4;\,0{,}05}$ n.s.

Auf Anpassung (Untersuchungsgruppe gegen Durchschnittsbestand)

Männer : $2\hat{I} = 27{,}645$ ***

Frauen : $2\hat{I} = 26{,}146 > 18{,}46 = \chi^2_{4;\,0{,}001}$ ***

Insgesamt : $2\hat{I} = 47{,}735$ ***

Für die Signifikanzberechnungen wurden die Klassen ab $N_{st.B.} = 5$ zusammengefaßt (≥ 5)

Tabelle : 6

Suizide und Suizidversuche von 1965 bis 1974 in den Rheinischen Landeskrankenhäusern

Wiederaufnahmefrist

Wiederaufnahmefrist nach ... bis ...	Männer n	Männer %	Frauen n	Frauen %	Insgesamt n	Insgesamt %
ERST-Aufnahme	32	28,57	17	23,61	49	26,63
1 - 7 Tage	8	7,14	7	9,72	15	8,15
1 Woche - 3 Monate	33	29,46	15	20,83	48	26,09
3 - 6 Monate	6	5,36	10	13,89	16	8,70
6 - 12 Monate	15	13,39	10	13,89	25	13,59
1 - 2 Jahre	6	5,36	6	8,33	12	6,52
2 - 5 Jahre	4	3,57	4	5,56	8	4,35
≥ 5 Jahre	5	4,46	3	4,17	8	4,35
unbekannt keine Angaben	3	2,68	-	-	3	1,63
Summe	112	100	72	100	184	100

Siginifikanz- (KULLBACK's $2\hat{I}$-) Test:

auf Homogenität (Männer und Frauen):

$$2\hat{I} = 6{,}104 < 15{,}10 = \chi^2_{8;\,0{,}05} \quad \text{n.s.}$$

Tabelle : 7

Suizide und Suizidversuche von 1965 bis 1974 in den Rheinischen Landeskrankenhäusern

Rechtsgrundlage bei der letzten Aufnahme

Rechtsgrundlage	Männer S/SV n	Männer S/SV %	Männer GG %	Frauen S/SV n	Frauen S/SV %	Frauen GG %	Insgesamt S/SV n	Insgesamt S/SV %	Insgesamt GG %
Freiwillig	46	41,07	28,81	40	55,56	34,63	86	46,74	31,69
Vormund, Aufent.Pfl.	19	16,96	40,91	11	15,28	45,68	30	16,30	43,27
PsychKG	36	32,14	17,79	19	26,39	16,60	55	29,89	17,20
Begutachtungen	-	-	0,20	1	1,39	0,05	1	0,54	0,12
Strafricht. Anordnung	10	8,93	11,51	-	-	2,54	10	5,43	7,07
Sonst.Unterbring.	-	-	0,79	1	1,39	0,50	1	0,54	0,65
Ohne Angab.	1	0,89	-	-	-	-	1	0,54	-
Summe	112	100	100 = 6109	72	100	100 = 5983	184	100	100 = 12092

Siginifikanz- (KULLBACK's $2\hat{I}$-) Tests:

auf Homogenität (Männer und Frauen):

GG = Durchschnittsbestand: $2\hat{I} = 433{,}800 > 22{,}45 = \chi^2_{6;\ 0{,}001}$ ***

S/SV = Untersuchungsgruppe : $2\hat{I} = 6{,}013 < 7{,}81 = \chi^2_{3;\ 0{,}05}$ n.s. (1)

auf Anpassung (Untersuchungskollektiv gegen Durchschnittsbestand)

Männer : $2\hat{I} = 35{,}834 > 16{,}26 = \chi^2_{3;\ 0{,}001}$ *** (1)

Frauen : $2\hat{I} = 30{,}575 > 16{,}26 = \chi^2_{3;\ 0{,}001}$ *** (1)

Insgesamt : $2\hat{I} = 65{,}432 > 16{,}26 = \chi^2_{3;\ 0{,}001}$ *** (1)

(1) Die Rechtsgrundlagen sind ab "Begutachtungen" zusammengefaßt.

Tabelle : 8

Suizide und Suizidversuche von 1965 bis 1974 in den Rheinischen Landeskrankenhäusern

Rechtsgrundlage beim Selbstmord bzw. Selbstmordversuch

Rechtsgrundlage	Männer n	Männer %	Frauen n	Frauen %	Insgesamt n	Insgesamt %
Freiwillig	48	42,86	42	58,33	9o	48,91
Vormund, Aufenthaltspfleger	35	31,25	16	22,22	51	27,72
PsychKG	17	15,18	12	16,67	29	15,76
Begutachtungen	-	-	-	-	-	-
Strafrichterliche Anordnung	11	9,82	1	1,39	12	6,52
Sonstige Arten der Unterbringung	-	-	1	1,39	1	0,54
Ohne Angaben	1	0,89	-	-	1	0,54
Summe	112	100	72	100	184	100

Signifikanz- (KULLBACK's $2\hat{I}$-) Test

auf Homogenität (Männer und Frauen):

$$2\hat{I} = 7{,}678 < 7{,}81 = \chi^2_{3;\ 0{,}05} \quad \text{n.S. (1)}$$

(1) Für die Signifikanzberechnung wurden die Rechtsgrundlagen ab "Begutachtungen" zusammengezogen (n: 12/2/14).

Tabelle : 9

Suizide und Suizidversuche von 1965 bis 1974 in den Rheinischen Landeskrankenhäusern

Abteilungscharakter

Abteilungscharakter	Männer n	Männer %	Frauen n	Frauen %	Insgesamt n	Insgesamt %	
offen	43	38,39	31	43,06	74	40,22	
halboffen	15	13,39	5	6,94	20	10,87	
geschlossen) ohne Wache)	13	11,61	5	6,94	18	9,78	
geschl.Wachabteilung	31	27,68	26	36,11	57	30,98	
besonders gesicherte) Abt.,Bewahrungshaus)	6	5,36	-	-	6	3,26	
Heim-/Familienpflege	1	0,89	-	-	1	0,54	) Für die Signi-
Tuberkulosestation	1	0,89	-	-	1	0,54	) fikanzberech-
unbekannt, k.A.	2	1,79	5	6,94	7	3,80	) nung zusammen- gefaßt.
Summe	112	100	72	100	184	100	

Signifikanz- (KULLBACK's $2\hat{I}$-) Tests:

auf Homogenität (Männer und Frauen):

$$2\hat{I} = 10{,}973 < 11{,}07 = \chi^2_{5;\ 0{,}05} \quad \text{n.s.}$$

auf Anpassung (Gleichverteilung):

$$2\hat{I} = 61{,}302 > 20{,}51 = \chi^2_{5;\ 0{,}001} \quad ***$$

Tabelle : 10

Suizide und Suizidversuche von 1965 bis 1974 in den Rheinischen Landeskrankenhäusern

Familienstand (Vergleich mit der Grundgesamtheit und der Wohnbevölkerung)

Familienstand	Männer S/SV n	%	GG %	BEV. %	Frauen S/SV n	%	GG %	BEV. %	Insgesamt S/SV n	%	GG %	BEV %
Ledig	58	51,79	71,14	43,1	21	29,17	51,63	36,0	79	42,93	61,49	39
Verh.	34	30,36	16,27	52,6	28	38,89	17,95	47,5	62	33,70	17,10	49
Verwitw. geschieden) getrennt)	4 16	3,57 14,29	4,03 8,56	2,6 1,5	11 12	15,28 16,67	19,86 10,56	14,0 2,5	15 28	8,15 15,22	11,86 9,55	8 2
Summe	112	100	100= 6109	100= 8,1 Mio	72	100	100= 5983	100= 8,8 Mio	184	100	100= 12092	100 16, Mi

Signifikanz- (KULLBACK's $2\hat{I}$-) Tests:

auf Homogenität (Männer und Frauen):

BEV: Durchschnittsbevölkerung Nordrhein-Westfalen in der Berichtszeit: $2\hat{I} = 807\,038{,}791 > 16{,}26 = \chi^2_{3;\,0{,}001}$ ***

GG: Durchschnittsbestand LKH : $2\hat{I} = 899{,}072 > 16{,}26 = \chi^2_{3;\,0{,}001}$ ***

S/SV: Untersuchungsgruppe : $2\hat{I} = 13{,}812 > 11{,}34 = \chi^2_{3;\,0{,}01}$ **

auf Anpassung

Untersuchungskollektiv gegen Durchschnittsbestand:
- Männer : $2\hat{I} = 20{,}568$ ***
- Frauen : $2\hat{I} = 24{,}154$ ***
- Insgesamt: $2\hat{I} = 41{,}462 > 16{,}26 = \chi^2_{3;\,0{,}001}$ ***

Untersuchungskollektiv gegen Bevölkerung:
- Männer : $2\hat{I} = 54{,}519$ ***
- Frauen : $2\hat{I} = 27{,}410 > 16{,}26 = \chi^2_{3;\,0{,}001}$ ***
- Insgesamt: $2\hat{I} = 73{,}788$ ***

Durchschnittsbestand gegen Bevölkerung:
- Männer : $2\hat{I} = 3924{,}849$ ***
- Frauen : $2\hat{I} = 2787{,}126 > 16{,}26 = \chi^2_{3;\,0{,}001}$ ***
- Insgesamt: $2\hat{I} = 6600{,}025$ ***

Bevölkerungszahlen errechnet aufgrund der Angaben in den STATISTISCHEN JAHRBÜCHERN des Landes Nordrhein-Westfalen

Tabelle : 11

Suizide und Suizidversuche von 1965 bis 1974 in den Rheinischen Landeskrankenhäusern

Wohngemeinschaft

Wohngemeinschaft	Männer		Frauen		Insgesamt	
	n	%	n	%	n	%
allein lebend	31	27,68	21	29,17	52	28,26
mit Herkunftsfamilie lebend	25	22,32	13	18,06	38	20,65
mit eigener Familie lebend	39	34,82	33	45,83	72	39,13
mit Intimpartner lebend	4	3,57	-	-	4	2,17
mit neutralem Partner lebend	3	2,68	3	4,17	6	3,26
in Kommune lebend	4	3,57	1	1,39	5	2,72
in Heim lebend	3	2,68	-	-	3	1,63
in Haftanstalt lebend	-	-	1	1,39	1	0,54
ohne festen Wohnsitz	2	1,79	-	-	2	1,09
unbekannt, k.A.	1	0,89	-	-	1	0,54
Summe	112	100	72	100	184	100

Signifikanz- (KULLBACK's $2\hat{I}$-) Test:

auf Homogenität (Männer und Frauen):

$$2\hat{I} = 6{,}702 < 16{,}91 = \chi^2_{9;\ 0{,}05} \quad \text{n.s.}$$

Tabelle : 12

Suizide und Suizidversuche von 1965 bis 1974 in den Rheinischen Landeskrankenhäusern

Wohngemeinschaft
Vergleich Untersuchungsgruppe und Durchschnittsbestand

Wohngemeinschaft (1)	Männer S/SV n	Männer S/SV %	Männer GG %	Frauen S/SV n	Frauen S/SV %	Frauen GG %	Insgesamt S/SV n	Insgesamt S/SV %	Insgesamt GG %
allein lebend	31	28,44	34,05	21	29,58	44,76	52	28,89	39,35
nicht allein lebend	78	71,56	65,95	50	70,42	55,24	128	71,11	60,65
Summe	109	100	100 = 6071	71	100	100 = 5954	180	100	100 = 12025

(1) ohne nicht einstufbare Fälle

Signifikanz- (KULLBACK's $2\hat{I}$-) Tests:

auf Homogenität (Männer und Frauen):

GG = Durchschnittsbestand: $2\hat{I} = 0{,}027 < 3{,}84 = \chi^2_{1;\,0{,}05}$ n.s.

s/SV = Untersuchungsgruppe : $2\hat{I} = 144{,}846 > 10{,}83 = \chi^2_{1;\,0{,}001}$ ***

auf Anpassung (Untersuchungsgruppe gegen Durchschnittsbestand):

Männer: $2\hat{I} = 1{,}545 < 3{,}84 = \chi^2_{1;\,0{,}05}$ n.s.

Frauen: $2\hat{I} = 6{,}804 > 6{,}64 = \chi^2_{1;\,0{,}01}$ **

Insgesamt: $2\hat{I} = 8{,}145 > 6{,}64 = \chi^2_{1;\,0{,}01}$ **

Tabelle : 13

Suizide und Suizidversuche von 1965 bis 1974 in den Rheinischen Landeskrankenhäusern

Kontakt zu den Mitpatienten

Kontakte (Schätzskala)	Männer n	Männer %	Frauen n	Frauen %	Insgesamt n	Insgesamt %
1 sehr ablehnend	11	9,82	4	5,56	15	8,15
2 ablehnend	31	27,68	19	26,39	50	27,17
3 ohne Besonderheit	53	47,43	31	43,06	84	45,65
4 guter Kontakt	12	10,71	15	20,83	27	14,67
5 sehr guter Kontakt	3	2,68	2	2,78	5	2,72
9 unbekannt	2	1,79	1	1,39	3	1,63
Summe	112	100	72	100	184	100

Signifikanz- (KULLBACK's $2\hat{I}$-) Test:

auf Homogenität (Männer und Frauen):

$$2\hat{I} = 3{,}245 < 11{,}07 = \chi^2_{5;\ 0{,}05} \quad \text{n.s.}$$

Tabelle : 14

Suizide und Suizidversuche von 1965 bis 1974 in den Rheinischen Landeskrankenhäusern

Kontakt zu Arzt und Pflegepersonal

Kontakte (Schätzskala)	Männer n	Männer %	Frauen n	Frauen %	Insgesamt n	Insgesamt %
1 sehr ablehnend	9	8,04	4	5,56	13	7,07
2 ablehnend	20	17,86	16	22,22	36	19,57
3 ohne Besonderheit	58	51,79	35	48,61	93	50,54
4 guter Kontakt	21	18,75	15	20,83	36	19,57
5 sehr guter Kontakt	3	2,68	1	1,39	4	2,17
9 unbekannt	1	0,89	1	1,39	2	1,09
Summe	112	100	72	100	184	100

Signifikanz- (KULLBACK's $2\hat{I}$-) Test:

auf Homogenität (Männer und Frauen):

$$2\hat{I} = 1{,}452 < 11{,}07 = \chi^2_{1;\,0{,}05} \quad \text{n.s.}$$

Tabelle : 15

Suizide und Suizidversuche von 1965 bis 1974 in den Rheinischen Landeskrankenhäusern

Familienprobleme

Familienprobleme	Männer n	Männer %	Frauen n	Frauen %	Insgesamt n	Insgesamt %
KEINE	59	52,68	32	44,44	91	49,46
Fraglich	8	7,14	5	6,94	13	7,07
Vorhanden	18	16,07	17	23,61	35	19,02
Erhebliche	23	20,54	17	23,61	40	21,74
Unbekannt, k.A.	4	3,57	1	1,39	5	2,72
Summe	112	100	72	100	184	100

Signifikanz- (KULLBACK's $2\hat{I}$-) Test:
auf Homogenität (Männer und Frauen):

$$2\hat{I} = 2{,}925 < 9{,}48 = \chi^2_{4;\,0{,}05} \quad \text{n.s.}$$

Tabelle : 16

Suizide und Suizidversuche von 1965 bis 1974 in den Rheinischen Landeskrankenhäusern

Entwurzelungsprobleme

Entwurzelungsprobleme	Männer n	Männer %	Frauen n	Frauen %	Insgesamt n	Insgesamt %
Frage nicht zutreffend	70	62,50	49	68,06	119	64,67
KEINE	20	17,86	14	19,44	34	18,48
Fraglich	12	10,71	6	8,33	18	9,78
Vorhanden	6	5,36	2	2,78	8	4,35
Erhebliche	3	2,68	1	1,39	4	2,17
Unbekannt, k.A.	1	0,89	-	-	1	0,54
Summe	112	100	72	100	184	100

Signifikanz- (KULLBACK's $2\hat{I}$-)Tests:

auf Homogenität (Männer und Frauen):

$$2\hat{I} = 2{,}589 < 11{,}07 = \chi^2_{5;\,0{,}05} \quad \text{n.s.}$$

Tabelle : 17

Suizide und Suizidversuche von 1965 bis 1974 in den Rheinischen Landeskrankenhäusern

Berufliche Probleme

Berufliche Probleme	M ä n n e r		F r a u e n		Insgesamt	
	n	%	n	%	n	%
KEINE	58	51,79	46	63,89	104	56,52
Fraglich	3	2,68	4	5,56	7	3,80
Vorhanden	9	8,04	8	11,11	17	9,24
stärker ausgeprägt	24	21,43	9	12,50	33	17,93
Erhebliche	15	13,39	1	1,39	16	8,70
Unbekannt, k.A.	3	2,68	3	4,17	6	3,26
Ablochfehler	-	-	1	1,39	1	0,54
Summe	112	100	72	100	184	100

Siginifikanz- (KULLBACK's $2\hat{I}$-) Test:

auf Homogenität (Männer und Frauen):

$$2\hat{I} = 13{,}100 > 11{,}07 = \chi^2_{5;\ 0{,}05} \quad *$$

Tabelle : 18

Suizide und Suizidversuche von 1965 bis 1974 in den Rheinischen Landeskrankenhäusern

Frühere Selbstmordversuche

Frühere SV Anzahl	Männer n	Männer %	Frauen n	Frauen %	Insgesamt n	Insgesamt %
KEINE	78	68,75	31	43,06	109	59,24
1	18	15,18	19	26,39	37	20,11
2	7	6,25	6	8,33	13	7,07
3	4	3,57	9	12,50	13	7,07
4	1	0,89	4	5,56	5	2,72
5	-	-	1	1,39	1	0,54
6	-	-	1	1,39	1	0,54
≥7	2	1,79	1	1,39	3	1,63
Fraglich	2	1,79	-	-	2	1,09
Summe	112	100	72	100	184	100

Signifikanz- (KULLBACK's $2\hat{I}$-) Test:

auf Homogenität (Männer und Frauen):

$$2\hat{I} = 14{,}071 < 15{,}50 = \chi^2_{8;\,0{,}05} \quad \text{n.s.}$$

Tabelle : 19

Suizide und Suizidversuche von 1965 bis 1974 in den Rheinischen Landeskrankenhäusern

Suizidneigung

Suizidneigung	Männer n	Männer %	Frauen n	Frauen %	Insgesamt n	Insgesamt %
Ernsthaft	3	2,68	5	6,94	8	4,35
Sicher	21	19,64	16	22,22	37	20,11
Fraglich	35	31,25	23	31,94	58	31,52
Mit Sicherheit) NICHT)	40	35,71	25	34,72	65	35,33
Nicht beurteilbar	12	10,71	3	4,17	15	8,15
Unbekannt, k.A.	1	0,89	-	-	1	0,54
Summe	112	100	72	100	184	100

Siginifikanz- (KULLBACK's $2\hat{I}$-)Test:

auf Homogenität (Männer und Frauen):

$$2\hat{I} = 3{,}580 < 11{,}07 = \chi^2_{5;\ 0{,}05} \quad \text{n.s.}$$

Tabelle : 20

Suizide und Suizidversuche von 1965 bis 1974 in den Rheinischen Landeskrankenhäusern

Ereignisort

Ereignisort	Männer n	Männer %	Frauen n	Frauen %	Insgesamt n	Insgesamt %	
Zugehörige Station	37	33,04	31	43,06	68	36,96	
Beschäftigungstherapie	6	5,36	1	1,39	7	3,80	
Sonstige Bereiche des Krankenhauses	7	6,25	4	5,56	11	5,98	
Zwischensumme (innerhalb Krankenhaus)	50	44,64	36	50,00	86	46,74	(1)
Während Urlaubes	17	15,18	9	12,50	26	14,13	
Beim Ausgang	13	11,61	9	12,50	22	11,96	
Bei unerlaubter Entfernung, Entweichung	30	26,79	18	25,00	48	26,09	
Verlegung	2	1,79	-	-	2	1,09	
Zwischensumme (außerhalb Krankenhaus)	62	55,36	36	50,00	98	53,26	(1)
Summe	112	100	72	100	184	100	

(1)
Abweichungen bei den Prozentsummen infolge Rundungsfehlern.

Signifikanz- (KULLBACK's $2\hat{I}$ -) Tests:

auf Homogenität (Männer und Frauen):

$$2\hat{I} = 5{,}594 < 12{,}59 = \chi^2_{6;\ 0{,}05} \quad \text{n.s.}$$

auf Anpassung (Gleichverteilung):

$$2\hat{I} = 130{,}683 > 22{,}45 = \chi^2_{6;\ 0{,}001} \quad ***$$

Tabelle : 21

Suizide und Suizidversuche von 1965 bis 1974 in den Rheinischen Landeskrankenhäusern

Ereigniszeit (1)

Ereigniszeit von... bis... Uhr	Männer n	Männer %	Frauen n	Frauen %	Insgesamt n	Insgesamt %
8 - 20	38	61,29	23	54,76	61	58,65
20 - 4	15	24,19	9	21,43	24	23,08
4 - 8	9	14,52	10	23,81	19	18,27
Summe	62	100	42	100	104	100

(1)
Bei 80 Ereignissen (50 ♂, 30 ♀) ließ sich die Tatzeit nicht mehr feststellen; in fast allen Fällen geschah die Tat außerhalb des Krankenhausgeländes.

Signifikanz- (KULLBACK's $2\hat{I}$-) Tests:

auf Homogenität (Männer und Frauen):

$$2\hat{I} = 1{,}425 < 5{,}99 = \chi^2_{2;\,0{,}05} \quad \text{n.s.}$$

auf Anpassung (Gleichverteilung):

$$2\hat{I} = 28{,}440 > 13{,}81 = \chi^2_{2;\,0{,}001} \quad ***$$

Tabelle: 22

Suizide und Suizidversuche von 1965 bis 1974 in den Rheinischen Landeskrankenhäusern

Auslösende Faktoren für den Selbstmord bzw. Suizidversuch

Auslösender Faktor	Männer n	Männer %	Frauen n	Frauen %	Insgesamt n	Insgesamt %
Krankheitserkenntnis	6	5,36	4	5,56	10	5,43
persönliche Konflikte	11	9,82	8	11,11	19	10,33
Familien-, Ehekonflikte	15	13,39	9	12,50	24	13,04
Berufliche Konflikte	7	6,25	-	-	7	3,80
Wirtschaftliche Konflikte	2	1,79	-	-	2	1,09
Sonstige soziale Konflikte	1	0,89	-	-	1	0,54
Stationswechsel	1	0,89	1	1,39	2	1,09
Unbekannt / fraglich krankheitsbedingt bei Psychosen	60	53,57	41	55,56	101	54,89
Unbekannt/ fraglich reaktiv nicht psychotisch	9	8,09	9	12,50	18	9,78
S u m m e	112	100	72	100	184	100

Signifikanz- (KULLBACK's $2\hat{I}$-) Test:

auf Homogenität (Männer und Frauen):

$$2\hat{I} = 6{,}976 < 15{,}50 = \chi^2_{8;\,0{,}05} \quad \text{n.s.}$$

Tabelle : 23

Suizide und Suizidversuche von 1964 bis 1974 in den Rheinischen Landeskrankenhäusern

Tötungsart

Tötungsart	Männer n	Männer %	Frauen n	Frauen %	Insgesamt n	Insgesamt %
Vergiften durch Medikamente	16	14,29	9	12,50	25	13,59
Vergiften durch andere Mittel	4	3,57	4	5,56	8	4,35
Überfahrenlassen	21	18,75	4	5,56	25	13,59
Sturz aus der Höhe	20	17,86	25	34,72	45	24,46
Ertrinken	6	5,36	8	11,11	14	7,61
Erhängen, Erwürgen, Erdrosseln	36	32,14	15	20,83	51	27,72
Schneidende u. stechende Werkzeuge	4	3,57	5	6,94	9	4,89
Andere Arten(Schußwaffen, Verschlucken von Gegenständen u.a.m.)	2	1,79	1	1,39	3	1,63
Nicht mehr festzustellen, Keine Ang.	3	2,68	1	1,39	4	2,17
S u m m e	112	100	72	100	184	100

Signifikanz- (KULLBACK's $2\hat{I}$-) Test:

auf Homogenität (Männer und Frauen)

$$2\hat{I} = 17,146 \quad 15,50 = \chi^2_{8;\ 0,05} \ *$$

Tabelle : 24

Suizide und Suizidversuche von 1965 bis 1974 in den Rheinischen Landeskrankenhäusern

Tötungsart, Ereignisart (SV/SM) und Geschlecht

Tötungsart		Männer			Frauen			Insgesamt		
	SV/SM/S/SV	n	%	%	n	%	%	n	%	%
Gifte gasförmig/flüssig / fest	SV	5	41,67	25,00	4	19,05	30,77	9	27,27	27,27
	SM	15	15,00	75,00	9	17,65	69,23	24	15,89	72,73
	S/SV	20	17,86	100	13	18,06	100	33	17,93	100
Erhängen/Erwürgen u.ä.	SV	-	-	-	1	4,76	6,67	1	3,03	1,96
	SM	36	36,00	100	14	27,45	93,33	50	33,11	98,04
	S/SV	36	32,14	100	15	20,93	100	51	27,72	100
Ertrinken	SV	1	8,33	16,67	1	4,76	12,50	2	6,06	14,29
	SM	5	5,00	83,33	7	13,73	87,50	12	7,95	85,71
	S/SV	6	5,36	100	8	11,11	100	14	7,61	100
Schneidende, stechende Werkzeuge	SV	1	8,33	25,00	5	23,81	100	6	18,18	66,67
	SM	3	3,00	75,00	-	-	-	3	1,99	33,33
	S/SV	4	3,57	100	5	6,94	100	9	4,89	100
Sturz aus der Höhe	SV	5	41,67	25,00	8	38,10	32,00	13	39,39	28,89
	SM	15	15,00	75,00	17	33,33	68,00	32	21,19	71,11
	S/SV	20	17,86	100	25	34,72	100	45	24,46	100
Überfahrenlassen	SV	-	-	-	1	4,76	25,00	1	3,03	4,00
	SM	21	21,00	100	3	5,88	75,00	24	15,89	96,00
	S/SV	21	18,75	100	4	5,56	100	25	13,59	100
Sonstige (u.a. Erschießen)	SV	-	-	-	1	4,76	50,00	1	3,03	14,29
	SM	5	5,00	100	1	1,96	50,00	6	3,97	85,71
	S/SV	5	4,46	100	2	2,78	100	7	3,80	100
SUMME SV	abs.	12	100	10,71	21	100	29,17	33	100	17,93
	%	36,36			63,64			100		
SM	abs.	100	100	89,29	51	100	70,83	151	100	82,07
	%	66,23			33,77			100		
S/SV	abs.	112	100	100	72	100	100	184	100	100
	%	60,87		39,13				100		

SV: Suizidversuch; SM: vollendeter Selbstmord; S/SV Suizid u. Suizidversuch (Ereignisart) (Summe)

Signifikanz- (KULLBACK's 2 $\hat{I}$-) Tests:

auf Homogenität (Männer und Frauen)

Suizidversuche: $2\hat{I} = 27,940 > 22,45 = \chi^2_{6;\,0,001}$ ***

vollendeter SM: $2\hat{I} = 16,059 > 12,59 = \chi^2_{6;\,0,05}$ *

Suizid/-versuch: $2\hat{I} = 16,597 > 12,59 = \chi^2_{6;\,0,05}$ *

Fortsetzung nächstes Blatt

Tabelle : 25

Suizide von 1964 bis 1974 in den Rheinischen Landeskrankenhäusern

Vergleich mit der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens 1965-1974

Tötungsart	Männer SM n	Männer SM %	Männer BEV %	Frauen SM n	Frauen SM %	Frauen BEV %	Insgesamt SM n	Insgesamt SM %	Insgesamt BEV %
Gifte (Gas, flüssig, fest)	15	15,00	31,60	19	17,65	46,36	24	15,89	36,81
Erhängen, Erwürgen u.ä.	36	36,00	45,22	14	27,45	29,27	50	33,11	39,60
Ertrinken	5	5,00	3,85	7	13,73	8,69	12	7,95	5,56
schneidende u. stechende Werkzeuge	3	3,00	1,70	-	-	1,51	3	1,99	1,63
Sturz aus der Höhe	15	15,00	3,19	17	33,33	7,37	32	21,19	4,66
Überfahrenlassen	21	21,00	5,34	3	5,88	2,74	24	15,89	4,43
Sonstige (u.a. Erschießen)	5	5,00	9,10	1	1,96	4,06	6	3,97	7,32
S u m m e	100	100	100	51	100	100	151	100	100

Signifikanz- (KULLBACK's $2\hat{I}$-) Tests:

auf Homogenität (Männer und Frauen):

BEV: Bevölkerung: $2\hat{I} = 174{,}810 \quad 22{,}45 = \chi^2_{6;\ 0{,}001}$ ***

SM : Untersuchungsgruppe: vgl. Tabelle Vorseite.

auf Anpassung (Untersuchungsgruppe gegen Bevölkerung)

Männer: $2\hat{I} = 60{,}380$ ***

Frauen: $2\hat{I} = 37{,}006 > 22{,}45 = \chi^2_{6;\ 0{,}001}$ ***

Insges. $2\hat{I} = 95{,}339$ ***

Fortsetzung der Homogenitätstests der Vorseite: (Untersuchungskollektiv (Suizid und Suizidversuch)

Männer: $2\hat{I} = 16{,}380 > 12{,}59 = \chi^2_{6;\ 0{,}05}$ *

Frauen: $2\hat{I} = 12{,}885 > 12{,}59 = \chi^2_{6;\ 0{,}005}$ **

Insges. $2\hat{I} = 30{,}408 > 22{,}45 = \chi^2_{6;\ 0{,}001}$ ***

Tabelle : 26

Suizide und Suizidversuche von 1965 bis 1974 in den Rheinischen Landeskrankenhäusern

Vergleichsarbeit: PARNITZKE (Tötungsarten in den Jahren 1954 - 1959 in der Wohnbevölkerung)

Tötungsart	Suizidversuch n	Suizidversuch %	Suizid n	Suizid %	Zusammen n	Zusammen %
Erhängen	22	4,15	234	46,25	256	24,71
Leuchtgas	162	30,57	171	33,79	333	32,14
Schlafmittel und Gifte	284	53,58	41	8,10	325	31,37
Ertränken	13	2,45	28	5,53	41	3,96
Sturz in die Tiefe	5	0,94	21	4,15	26	2,51
Erschießen, Selbstverbrennung und andere Methoden	4	0,75	8	1,58	12	1,16
Eröffnung der Pulsadern, Stich	40	7,55	3	0,59	43	4,15
S u m m e	530	100	506	100	1036	100

Signifikanz- (KULLBACK's $2\hat{I}$) Test:

auf Homogenität (Suizid und Suizidversuch)

$2\bar{I} = 464,146 \quad 22,45 = X^2_{6;\,0,001}$ ***

auf Anpassung (Untersuchungskollektiv und PARNITZKE)

$2\hat{I} = 282,400 \quad 22,45 = X^2_{6;\,0,001}$ ***

Tabelle : 27

Suizide und Suizidversuche von 1965 bis 1974 in den Rheinischen Landeskrankenhäusern

Vergleich mit der Wohnbevölkerung NRW
(Jahresdurchschnitt der Suizide: 3005)

Suizide in der	Aufgliederung (%) Männer	Frauen	Insgesamt
Untersuchungsgruppe	66,23	33,77	100
Bevölkerung Nordrhein-Westfalens	64,76	35,24	100

Signifikanz- ($2\hat{I}$-) Test:

Anpassungstest Untersuchungsgruppe gegen Bevölkerung:

$$2\hat{I} = 0,143 < 3,84 = \chi^2_{1;\,0,05} \quad \text{n.s.}$$

Tabelle : 28

Suizide und Suizidversuche von 1965 bis 1974 in den Rheinischen Landeskrankenhäusern
Vergleich Suizidversuche und vollendete Selbstmorde (SV / SM)

Ereignisart	Anzahl					Aufgliederungen (%)					
	Männer		Frauen		Insges.	SV/SM			Männer/Frauen		
	B	E	B	E	B	Männer	Frauen	Insges.	Männer	Frauen	Insges.
SV	12	20	21	13	33	10,71	29,17	17,93	36,36	63,64	100
SM	100	92	51	59	151	89,29	70,83	82,07	66,23	33,77	100
Summe	112	112	72	72	184	100	100	100	60,87	39,13	100

B: Beobachtete Werte
E: Erwartete Werte

Chi-Quadrat-Vierfeldertest:

$$\hat{x}^2 = 10,139 > 6,64 = x^2_{1;\ 0,01}\ **$$

Tabelle : 29

Suizide und Suizidversuche von 1965 bis 1974 in den Rheinischen Landeskrankenhäusern

Bildungsweg

Bildungsweg		Männer n	Männer %	Frauen n	Frauen %	Insgesamt n	Insgesamt %
Nicht schulfähig		1	0,89	1	1,39	2	1,09
Sonderschule		6	5,36	2	2,78	8	4,35
Volksschule	ohne Lehre	23	20,54	25	34,72	48	26,09
	mit Lehre	52	46,43	22	30,56	74	40,22
Weiterführende Schule/ Fachschule	ohne Abschluß	9	8,04	6	8,33	15	8,15
	Abitur/ Fachschulabschluß	11	9,82	9	12,50	20	10,87
	abgeschlossenes Studium	2	1,79	2	2,78	4	2,17
Unbekannt		8	7,14	5	6,94	13	7,07
Summe		112	100	72	100	184	100

Signifikanz- (KULLBACK's $2\hat{I}$-) Tests:

auf Homogenität (Männer und Frauen):

$$2\hat{I} = 5{,}433 < 14{,}07 = \chi^2_{7;\,0{,}05} \quad \text{n.s.}$$

Tabelle : 30

Suizide und Suizidversuche von 1965 bis 1974 in den Rheinischen Landeskrankenhäusern

Letzte berufliche Tätigkeit

Letzte berufliche Tätigkeit	Männer n	Männer %	Frauen n	Frauen %	Insgesamt n	Insgesamt %
Ungelernte Arbeiter	33	29,46	14	19,44	47	25,54
Facharbeiter, unselbständiger Handwerker	27	24,11	7	9,72	34	18,48
Angestellte	29	25,89	37	51,39	66	35,87
Beamte	8	7,14	1	1,39	9	4,89
Freie Berufe	5	4,46	1	1,39	6	3,26
Noch in Ausbildung	5	4,46	1	1,39	6	3,26
Nie einer Arbeit nachgegangen	3	2,68	7	9,72	10	5,43
Unbekannt Keine Angaben	2	1,79	4	5,56	6	3,26
Summe	112	100	72	100	184	100

Signifikanz- (KULLBACK's $2\hat{I}$-) Tests:

auf Homogenität (Männer und Frauen):

$$2\hat{I} = 24{,}016 > 18{,}47 = \chi^2_{7;\,0{,}01}\ **$$

Tabelle : 31

Suizide und Suizidversuche von 1965 bis 1974 in den Rheinischen Landeskrankenhäusern

Beruflicher Status

Beruflicher Status zur Zeit des Selbstmordes bzw. Selbstmordversuches	Männer n	Männer %	Frauen n	Frauen %	Insgesamt n	Insgesamt %
Schulausbildung, Studium	4	3,57	-	-	4	2,17
Berufsausbildung	15	13,39	3	4,17	18	9,78
Berufsleben	50	44,64	12	16,67	62	33,70
Rentner, Pensionär	28	25,00	11	15,28	39	21,20
Berufstätige Hausfrau	-	-	4	5,56	4	2,17
Nicht berufstätige Hausfrau	-	-	32	44,44	32	17,39
Wehrdienst	1	0,89	-	-	1	0,54
Arbeitslos	9	8,04	6	8,33	15	8,15
Ohne Beschäftigung	5	4,46	4	5,56	9	4,89
Summe	112	100	72	100	184	100

Signifikanz- (KULLBACK's $2\hat{I}$-) Tests:

auf homogenität (Männer und Frauen):

$$2\hat{I} = 85{,}212 > 26{,}12 = \chi^2_{8;\ 0{,}001}\ ^{***}$$

An dieser Stelle möchte ich
Herrn Prof.Dr.med. Bergener für die Überlassung
des Themas sowie für die wohlwollende Unterstützung
bei der Ausarbeitung ganz besonders danken.

Herrn Gerhard Engels, Sachbearbeiter für Statistik
der Abteilung Gesundheitspflege des Landschafts-
verbandes Rheinland, danke ich für seine Hilfe
bei der statistischen Auswertung des Materials.

Lebenslauf

Ich, Sabine Kunkel - Zevels, wurde am 19.04.1946 in Viersen als älteste Tochter des praktischen Arztes Dr. Franz- Josef Zevels und seiner Ehefrau Eleonore geboren.

Von 1952 bis 1956 besuchte ich die Volksschule, danach das Neusprachliche Mädchengymnasium.

Am 25.02.1966 bestand ich mein Abitur.

Mein Medizinstudium begann ich an der Universität Düsseldorf (27.09.1967 Vorphysikum, 25.03.1969 Physikum). In den Klinischen Semestern besuchte ich im Sommersemester 1969 die Universität Würzburg, in den beiden folgenden Semestern die Universität Wien. Mein Medizinstudium beendete ich am 11.08.72 in Düsseldorf mit dem Staatsexamen.

Während der Medizinalassistentenzeit arbeitete ich vom 1.11.72 bis 30.06.73 im Ferdinand-Sauerbruch-Klinikum Wuppertal-Elberfeld auf der Inneren Abteilung und vom 01.07. bis 30.10.1973 im Krankenhaus Neuwerk in Mönchengladbach auf der Chirurgie.

Meine Approbation erhielt ich am 01. 11.1973. Danach arbeitete ich noch ein halbes Jahr als chirurgische Assistenzärztin.

Am 05.05.1974 nahm ich eine Stelle als Assistenzärztin im Rheinischen Landeskrankenhaus Viersen an, wo ich bis Ende Dezember 1978 arbeitete.

Am 13.12.1974 heiratete ich den Arzt für HNO Dr. Adolf Kunkel.

Seit dem 26.5.1978 bin ich Arzt für Neurologie und Psychiatrie.

In der Neurologischen Klinik der Städt. Krankenanstalten Krefeld bin ich seit dem 1.01.1979 beschäftigt.